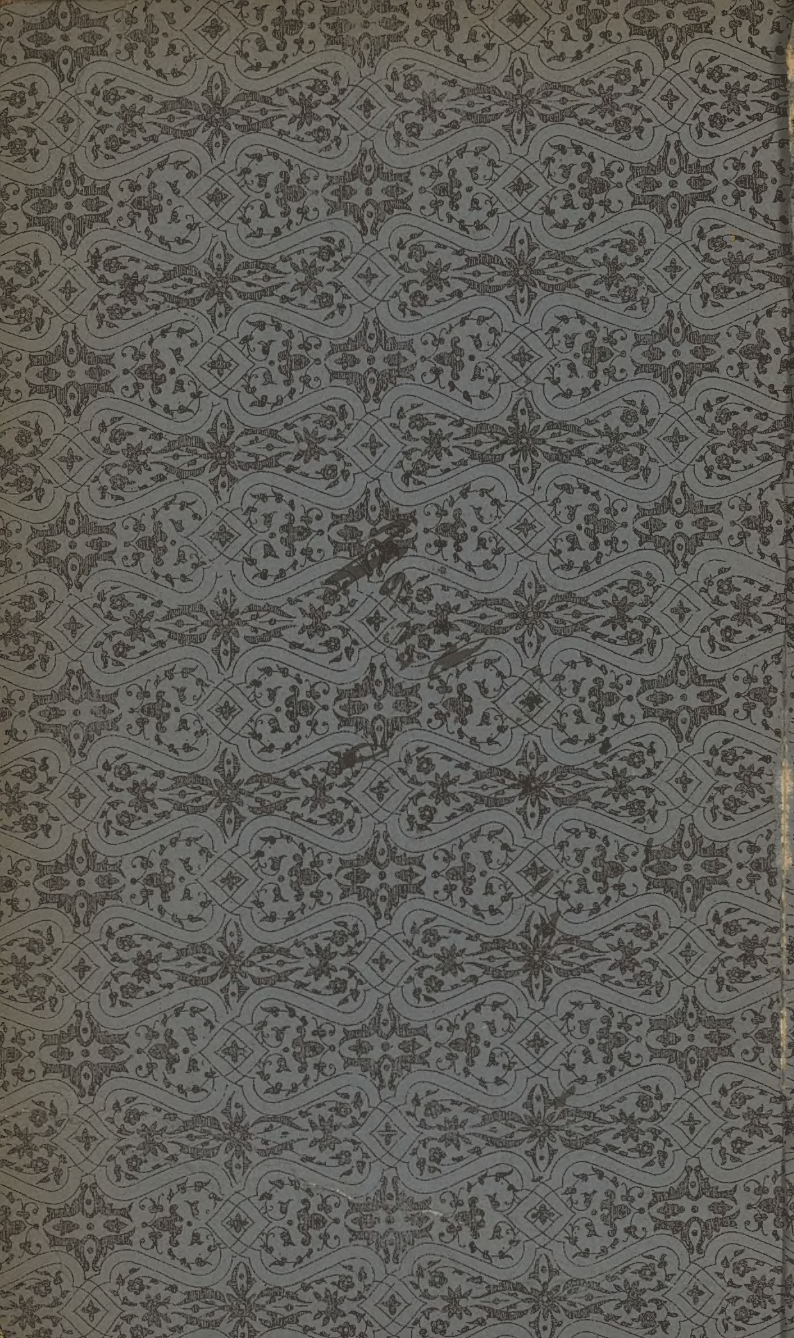
WEYGANDT-ROUBINOVITCH

ATLAS-MANUEL
DE
PSYCHIATRIE

J.B. BAILLIÈRE & FILS





75399

ATLAS-MANUEL

DE PSYCHIATRIE

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Deny (G.) et Roy (P.). — *La démence précoce.* 1903, 1 vol. in-16 de 96 p., avec 11 fig., cart.. 1 fr. 50

Ball (B.). — *La folie érotique.* 1893, in-16........................ 2 fr.

Calmeil. — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.* 1859, 2 vol. in-8.. 17 fr.

Cullerre (A.). — *Traité pratique des maladies mentales.* 1889, 1 vol. in-18, 608 pages et fig.. 6 fr.

Falret (J.-P.). — *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés.* 1864, 1 vol. in-8, 800 pages avec 1 planche........................ 11 fr.

Faville (A.). — *La législation relative aux aliénés* en Angleterre et en Ecosse. 1885, 1 vol. gr. in-8 de 208 pages...................... 5 fr.

Garnier (Paul). — *La folie à Paris.* Étude statistique, clinique et médico-légale. 1890, 1 vol. in-16 de 424 pages............. 3 fr. 50

— *Les fétichistes,* pervertis et invertis sexuels. 1895, 1 vol. in-16 de 192 pages. (*Pet. Bibl. méd.*)................................ 2 fr.

Garnier (Paul) et Cololian (D.). — *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses.* 1901, 1 vol. in-8 de 496 pages.......... 7 fr.

Gélineau. — *Traité des épilepsies.* 1900, 1 vol. gr. in-8 de 800 p. 15 fr.

Guimbail. — *Les morphinomanes.* 1892, 1 vol. in-16 de 312 p.. 3 fr. 50

Legrand du Saulle. — *Les hystériques,* état physique, état mental, actes insolites, délictueux, criminels. 1891, 1 vol. in-8 de 625 p. 8 fr.

Gilles de la Tourette. — *Le traitement pratique de l'épilepsie.* 1901, 1 vol. in-16 de 96 pages, cart.............................. 1 fr. 50

Marcé (L.-V.). — *Traité de la folie des femmes enceintes,* des nouvelles accouchées et des nourrices. 1858, 1 vol. in-8 de 408 pages... 6 fr.

Moreau (de Tours). — *Fous et bouffons.* 1888, 1 volume in-16 de 288 pages.. 3 fr. 50

Philippe. — *Le tabes dorsalis.* 1897, 1 vol. gr. in-8 de 173 pages, avec 43 figures et 1 planche.. 5 fr.

Riche (André). — *L'ataxie des tabétiques et son traitement.* 1899, in-8 de 120 pages, avec 9 planches et 5 figures......................... 4 fr.

Roux (G.). *Diagnostic et traitement des maladies nerveuses.* 1901, 1 vol. in-16 de 560 pages avec 66 figures, cartonné..................... 5 fr.

— *Psychologie de l'instinct sexuel.* 1899, 1 vol. in-16 de 96 pages, cart.. 1 fr. 50

Simon (P. Max). — *Le monde des rêves,* le rêve, l'hallucination, le somnambulisme, l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, le ragle, le cerveau et le rêve. 1888, 1 vol. in-16 de 326 pages....... 3 fr. 50

— *Les maladies de l'esprit.* 1892, 1 vol. in-16 de 320 pages... 3 fr. 50

Voisin (Aug.). — *Leçons cliniques sur les maladies mentales* et sur les maladies nerveuses. 1883, 1 vol. in-8 de 766 pages, avec fig.. 15 fr.

— *Traité de la paralysie générale des aliénés.* 1879, 1 vol. gr. in-8 de 540 pages, avec 15 planches coloriées...................... 20 fr.

6546-03. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.

ATLAS-MANUEL
DE PSYCHIATRIE

PAR

G. WEYGANDT

Privat-Docent de Psychiatrie à l'Université de Würzbourg.

EDITION FRANÇAISE

PAR

Le Docteur J. ROUBINOVITCH

Médecin adjoint de la Salpêtrière,
Ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine à l'Asile Sainte-Anne,
Médecin expert près les tribunaux.

Avec 24 planches en couleur
et 264 figures intercalées dans le texte.



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

1904

Pour le placement des planches, on consultera la table, pages 638-639.

PRÉFACE

Composer une pathologie mentale illustrée, tel a été le but de M. Weygandt, privat-docent de l'Université de Würzbourg.

La tentative est originale et très utile, puisque, grâce au choix et au nombre des figures, beaucoup de notions abstraites de la psychiatrie se matérialisent pour ainsi dire par l'image qui les anime et les grave dans l'esprit du lecteur.

Le livre se divise en deux parties : l'une, d'étude générale ; l'autre, d'étude particulière. Dans la partie GÉNÉRALE, M. Weygandt, se guidant par la doctrine de Wundt fondée sur l'observation directe et la mensuration des phénomènes psychiques, étudie l'étiologie et la pathogénie des affections mentales, les troubles élémentaires caractérisant la folie, l'évolution, le diagnostic, le pronostic, l'anatomie pathologique, le traitement et la médecine légale des psychoses. Dans la partie SPÉCIALE se trouvent exposées, conformément aux idées du professeur Kraepelin, actuellement prédominantes en Allemagne, les diverses variétés cliniques de la psychiatrie.

Or, l'abondance des documents : planches coloriées, photographies, graphiques, discours sténographiés, écrits fidèlement reproduits, rend, à mon sens, ces deux

parties didactiques aussi « vécues » et aussi « vivantes » que possible.

Autre originalité : les considérations trop théoriques, trop « nuageuses » auxquelles les aliénistes allemands ont toujours volontiers consacré des pages nombreuses, ont été à peu près complètement sacrifiées par M. Weygandt.

Par contre, l'auteur de ce manuel s'est surtout préoccupé de répondre aux besoins pratiques du médecin appelé à donner son avis à propos d'une affection mentale. C'est ainsi que la prophylaxie et la thérapeutique des psychoses, inspirées par les idées modernes, sont exposées avec le plus grand soin, aussi bien dans la partie générale de l'ouvrage qu'à propos de chaque variété clinique en particulier. En pleine communion d'idées à cet égard avec mon confrère de Würzbourg, j'ai insisté, par mes additions personnelles, sur les méthodes libérales et rationnelles de la psychiatrie, notamment le *no-restraint*, l'alitement, les colonies familiales, comme aussi sur les mesures prophylactiques contre le grand pourvoyeur de la folie, l'alcoolisme héréditaire et acquis.

C'est ainsi encore que la médecine légale, qui occupe en psychiatrie pratique une place si importante, a été largement traitée par M. Weygandt. De mon côté, préoccupé, comme tous mes collègues, par la réforme imminente de notre loi de 1838, j'ai tenu à placer le texte de cette loi à côté de la législation étrangère correspondante, dans l'espoir que, du choc des idées, jaillirait la lumière.... D'autre part, pour répondre aux nécessités pratiques d'un diagnostic précoce de la paralysie générale, j'ai ajouté un chapitre sur le cytodiagnostic de cette grave affection.

Enfin, les faits anatomo-pathologiques qui appartiennent en propre à la psychiatrie sont décrits et figurés

par M. Weygandt avec un luxe inaccoutumé à l'aide de quinze planches en couleurs et d'un nombre considérable de figures en noir représentant des coupes macroscopiques et histologiques de l'encéphale.

Mes travaux antérieurs (1) m'ont mis à même de démontrer combien les différences entre la psychiatrie allemande et la psychiatrie française sont en réalité peu importantes et combien elles sont appelées à s'aplanir à mesure que la pathologie mentale rentrera dans la pathologie générale en s'assimilant de plus en plus ses moyens d'investigation, ses procédés d'analyse et de synthèse.

Pour le moment, nous sommes au début de cette nouvelle évolution de la pathologie mentale, et, pour rendre intelligibles au lecteur français certaines conceptions psychiatriques allemandes, il m'a été indispensable d'ouvrir de temps à autre une parenthèse [ ], pour indiquer les opinions correspondantes de l'École française. Il en est résulté de nombreuses additions personnelles dont la liste se trouve plus loin.

En résumé, en présentant cet « Atlas-Manuel » de M. Weygandt, je me suis efforcé de le rendre vraiment utile au lecteur français, tout en lui conservant son caractère original.

J. Roubinovitch.

Paris, le 25 juin 1903.

(1) Roubinovitch, *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, in-8, 262 pages. Paris, 1896.

PRINCIPALES ADDITIONS
DE M. ROUBINOVITCH

I. — PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

II. — PSYCHIATRIE SPÉCIALE

ATLAS-MANUEL

DE

PSYCHIATRIE

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

I. — INTRODUCTION

La psychiatrie est la science des phénomènes anormaux de la vie de l'âme. Elle tend à résoudre les problèmes scientifiques suivants :

1° S'enquérir des causes intimes des maladies mentales, c'est-à-dire rechercher les altérations survenues dans l'encéphale ;

2° Établir les divers modes par lesquels se manifestent les déviations psychiques, en ne perdant pas de vue la difficulté et l'incertitude qu'il y a à conclure des mouvements expressifs et du langage du sujet aux phénomènes psychiques réels de sa conscience ;

3° Tenir compte, chez l'aliéné vivant, de toutes les anomalies physiques, et, chez l'aliéné mort, de toutes les lésions de son système nerveux central [et périphérique].

Pour déterminer l'état d'un aliéné, le psychiâtre a, d'une part, pour mission d'examiner le malade en employant toutes les méthodes de la médecine somatique et plus particulièrement celles de la neurologie ; d'autre part, il doit conclure sur l'état mental en observant et en étudiant systématiquement tous les mouvements expressifs et, en particulier, les manifestations du langage. Enfin, il doit aussi, à l'appui de ses constatations, se servir des méthodes de mensuration exacte que la psychologie moderne em-

ploie pour analyser les faits psychiques chez l'homme normal. Ces dernières méthodes consistent principalement à soumettre un sujet à diverses excitations successives, objectivement mesurables, et à s'informer près de lui des changements de sensations correspondant à ces excitations d'intensité variable. Ou bien on fait faire à une personne, à différents moments, et dans des conditions diverses de santé ou de maladie, les mêmes opérations intellectuelles dont les résultats sont quantitativement et qualitativement mesurables. Quant aux rapports existant, pendant la vie, entre les résultats de l'examen de l'encéphale et ceux de l'analyse de l'état mental, il faut avouer que nos connaissances pathologiques sont à cet égard aussi insuffisantes que le sont nos acquisitions physiologiques. Bien qu'il y ait encore beaucoup de progrès à espérer dans le domaine des recherches si fructueuses sur les localisations cérébrales comme dans celui de l'histologie de l'encéphale, il faut reconnaître pourtant que la connaissance la plus exacte de la structure et des variations des parties constituantes du système nerveux central ne suffirait pas pour expliquer l'essence même d'un élément psychique comme une sensation, par exemple ; cela, pour la raison que nous avons indiquée plus haut, à savoir que la connaissance objective de l'encéphale et la connaissance subjective de l'élément psychique appartiennent précisément à des sphères absolument distinctes de la conscience.

La psychiatrie moderne, dont le présent livre s'efforce de présenter les principes essentiels, doit se tenir à l'écart de toute spéculation métaphysique. En appliquant les méthodes appropriées à son objet, elle doit fournir une description aussi exacte que possible des phénomènes psychiques observés chez le malade atteint de troubles mentaux ; elle doit donner en même temps une description de ses altérations somatiques et plus particulièrement celles de son encéphale.

Dans la *partie générale* du livre, on trouvera, après un résumé historique et un exposé étiologique, une analyse des symptômes psychiques et des phénomènes somatiques qui les accompagnent ; plus loin sont étudiés les rapports entre les symptômes, les syndromes et la marche des

affections mentales; sont ensuite exposées les méthodes de diagnostic, les notions les plus essentielles de l'anatomie pathologique de l'encéphale, le pronostic dans les psychoses, les méthodes les plus importantes de leur traitement, la médecine légale concernant les maladies mentales.

Dans la *partie spéciale*, on essaiera d'esquisser une classification fondée sur les nombreux cas observés en clinique ; on se contentera d'établir des groupes et des familles nosologiques en se guidant sur l'étiologie, l'analyse psychologique, les données anatomiques (là où elles sont connues), l'évolution et la terminaison de la maladie.

II. — APERÇU RAPIDE SUR L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

La tradition et la poésie des temps anciens parlent déjà de malades atteints de troubles mentaux. Hippocrate (460 avant J.-C.) considérait l'altération du cerveau comme étant le principe des maladies mentales; il a décrit des exemples évidents de ces affections. De bonnes descriptions cliniques ont été laissées par Arétée (60 après J.-C.). De nouveaux progrès furent réalisés par Galien (160) et Cœlius Aurelianus (210). Par contre, le moyen âge se signala par un retour aux interprétations surnaturelles. Des fous furieux furent enfermés dans des cachots. Des hallucinés furent considérés comme possédés par des esprits malins et fréquemment brûlés comme s'adonnant à la magie et à la sorcellerie. Wier, en 1515, adressa une pétition à l'empereur pour demander qu'on épargnât les prétendues sorcières, qui n'étaient selon lui que des malades atteintes de mélancolie, de manie ou d'hystérie. Les procès contre les sorcières continuèrent jusque dans le XVIII[e] siècle.

Des exorcismes furent recommandés par Luther lui-même. Il y a peu d'années encore, on essaya d'exorciser — dans un village allemand — une jeune fille atteinte de folie ; ajoutons, à la louange du corps médical, que les médecins n'étaient pour rien dans ce mode de traitement.

Vésale, Paracelse, Plater répandirent sur les troubles mentaux des notions plus justes. Peu à peu, on commença

à fonder quelques asiles pour maladies mentales où, à la vérité, on employa comme traitement des châtiments barbares et des moyens curatifs rappelant plutôt la torture.

Pinel, en 1792, rompit avec l'habitude qu'on avait alors d'enchaîner les malades. Bien que Kant ait voulu qu'on réservât exclusivement aux philosophes l'appréciation des problèmes de la psychiatrie légale, des médecins, tels que Esquirol, Calmeil, en France, Reil, Langermann en Allemagne, et d'autres encore, réussirent à prendre en mains le traitement des aliénés en les plaçant dans des établissements appropriés.

Dans la première moitié du XIXe siècle, Jakobi, Nasse et d'autres « somatistes » ont représenté la folie comme étant sous la dépendance des troubles organiques, opinion qui de nos jours n'est plus contestée.

III. — ÉTIOLOGIE DES TROUBLES MENTAUX

Les personnes non initiées à la psychiatrie sont disposées à porter des jugements téméraires sur la cause des troubles mentaux.

La plupart du temps, elles incriminent des facteurs d'ordre moral tels que : deuil, angoisse, amour malheureux, remords (Lady Macbeth, Marguerite de *Faust*). Pendant longtemps, certains psychiâtres penchaient aussi pour une étiologie morale des maladies mentales. Griesinger (1868) considérait les causes morales comme étant les plus fréquentes. A un examen plus exact des cas, on constate souvent que le raisonnement du *post hoc ergo propter hoc* conduit fatalement à des conceptions erronées. C'est ainsi, par exemple, que dans le cas d'un marchand qui a fait faillite et qui présente ensuite des signes de ramollissement cérébral, on est porté à admettre comme cause de cette maladie le chagrin qu'il a ressenti à l'occasion de son malheur commercial; or, la vérité est que la faillite était plutôt une conséquence d'une faiblesse intellectuelle commençante, qui l'avait entraîné à des spéculations maladroites. Telle femme qui, après un pèlerinage, présente des signes de mélancolie, avait été déjà poussée à ce pèlerinage par un mauvais état cœnesthétique antérieur qui n'a fait que progresser. Chez les maniaques, on a bien des fois constaté un nouvel accès

d'excitation survenant après une série de débauches dans les auberges et les maisons publiques. Or, en pareil cas, l'accès maniaque n'est pas occasionné par les débauches, mais, le plus souvent, ces dernières ne sont qu'une manifestation, qu'une conséquence de l'excitation qui commence. Des malades déprimés, ayant des idées d'auto-accusation, indiquent souvent, comme causes de leur trouble mental, l'onanisme qu'ils avaient pratiqué pendant leur première jeunesse ; or, à l'examen, il est facile d'établir qu'il n'existe aucun rapport immédiat entre leur maladie mentale et l'onanisme très ancien.

En réalité, l'étiologie des maladies mentales est beaucoup plus complexe.

Le cas le plus simple est celui où nous voyons changer l'état psychique de l'homme qui devient inconscient, par exemple, sous l'influence du chloroforme. Ici, le rapport entre la cause et l'effet est incontestable et facile à établir.

En dehors de cas aussi simples, on voit des gens contracter des affections mentales sans qu'on puisse en indiquer la moindre cause. Tout ce qu'on en sait peut-être, c'est que, dès leur jeunesse, ces malades ont fait preuve d'un caractère plus ou moins bizarre, sans que personne parmi leurs ascendants ait été atteint de folie. Dans ce cas, nous sommes obligés d'admettre une disposition innée, une prédisposition à l'affection mentale.

On ne réussit pas toujours à distinguer aussi clairement que dans les deux exemples cités une cause extérieure, *exogène*, et une cause intérieure, *endogène*, reposant sur une prédisposition. Souvent nous trouvons une combinaison de ces deux ordres de causes : par exemple, des hommes prédisposés, comme des épileptiques ou des dégénérés, présentent à l'égard de l'alcool, qui peut agir sur tout individu comme facteur exogène, une sensibilité toute particulière, une véritable intolérance. En ce qui concerne la paralysie générale, il faut admettre qu'elle n'atteint que des sujets infectés par la syphilis; cependant, nous trouvons, parmi les paralytiques syphilitiques, un nombre assez considérable de malades prédisposés aux troubles mentaux par une hérédité psychopathique non douteuse. Souvent nous constatons qu'une psychose se produit à la suite d'une maladie organique, ou peut-être fonctionnelle, sur la cause de laquelle nos connaissances sont encore

très restreintes, comme, par exemple, dans les troubles mentaux liés à la chorée ou à la sclérose en plaques.

Parfois aussi il importe de chercher, derrière les causes prédisposantes, les facteurs intermédiaires plus intimes, plus directs.

Ainsi, dans des troubles psychiques qui coïncident quelquefois avec une maladie cachectisante comme le cancer ou la malaria, le facteur intermédiaire est représenté par une déviation dans le travail de l'assimilation. D'autre part, il faut constater qu'il n'existe aucun rapport fixe entre les facteurs étiologiques et les tableaux cliniques correspondants. Il est impossible d'exclure l'hypothèse de telle ou telle cause, rien que d'après l'existence d'un syndrome clinique déterminé.

Par exemple, les troubles mentaux par intoxication alcoolique se présentent en clinique sous les aspects les plus variés; de même, dans la paralysie générale, on peut observer des syndromes polymorphes. Mais, quand nous voyons se produire des troubles mentaux semblables sous l'influence des causes les plus différentes, il faut bien admettre qu'aucune de ces causes supposées n'a une importance exclusive.

Ainsi, dans les accès de la folie périodique qui suivent une marche tout à fait régulière, en passant d'une phase d'excitation à une phase de dépression présentant toujours le même aspect clinique, on voit, par exemple, que l'un de ces accès se présente pendant les couches, le suivant survient après un deuil, le troisième est en rapport avec un traumatisme, et le quatrième se produit sans motif apparent. Il est évident que les divers facteurs énumérés ne sont que des causes occasionnelles, tandis qu'il faut admettre comme cause réelle de toute la maladie une prédisposition innée.

On est en présence d'une situation analogue à celle où l'on se trouve dans la médecine somatique quand, par exemple, après une chute sur le bassin, survient une arthrite tuberculeuse de l'articulation coxo-fémorale; la chute, en pareil cas, représente seulement le facteur extérieur, le choc venu du dehors qui a fait ressortir l'infection tuberculeuse déjà existante dans l'organisme.

A. — CAUSES EXOGÈNES DES TROUBLES MENTAUX

a. — Causes physiques.

I. — Intoxications.

Beaucoup de substances chimiques exercent une influence nuisible sur le système nerveux central. Leur action toxique est démontrée par les expériences sur des animaux. Chez l'homme, ces substances déterminent souvent une altération psychique. Le médecin des asiles spéciaux a plus rarement l'occasion d'observer les psychoses toxiques que le praticien ordinaire.

Parmi ces poisons, le plus grand rôle est joué incontestablement par l'*alcool*, qui altère l'état mental de diverses façons.

Dans les établissements spéciaux, 10 à 40 p. 100 des hospitalisés présentent des troubles mentaux d'origine alcoolique.

L'effet de ce poison est d'autant plus fatal que les descendants de l'alcoolique sont des êtres dégénérés, ce qui s'explique par la théorie de Weissmann, qui admet une intoxication alcoolique influant sur la nutrition du plasma germinatif apporté par les ascendants. Un effet particulièrement désastreux est produit par l'absinthe (Voy. chap. XXVII).

Morphine. — L'intoxication *aiguë* par cette substance détermine les accidents suivants : coma, cyanose, sueurs, faiblesse extrême du pouls et de la respiration, suppression des réflexes rotuliens, myosis. Cette forme d'intoxication est, en pratique, moins fréquente que l'intoxication *chronique*, c'est-à-dire la morphinomanie ou le morphinisme (Voy. chap. XXVII).

Opium. — L'opium est consommé couramment en Asie et en Amérique, en particulier par les femmes. Comme l'alcool et la morphine, il détermine également, en cas d'intoxication chronique, une dégénérescence psychique. L'intelligence des enfants peut être compromise par un usage thérapeutique imprudent de cette substance toxique.

La ***cocaïne*** est à signaler à cause du *cocaïnisme* qui résulte de sa consommation prolongée (Voy. chap. XXVII).

Le ***hachisch***, préparation provenant du chanvre indien (*Cannabis indica*), sert en Orient à provoquer un état d'ivresse avec rêves particulièrement intenses et agréables. L'intoxication *chronique* par cette substance conduit à un affaiblissement intellectuel.

L'***éther*** est consommé dans certains pays (Irlande, Prusse orientale) à la place de l'alcool, et cela parfois sous forme des « gouttes de Hoffmann ». Cette intoxication *chronique* entraîne une dégénérescence psychique encore plus profonde que celle déterminée par l'alcool. L'intoxication aiguë par l'éther provoque la narcose qui est tout aussi connue que celle produite par le chloroforme.

Le ***tabac***, lorsqu'on en abuse, produit des accidents neurasthéniques avec tremblement, angine de poitrine, amblyopie; quelquefois, il donne lieu à des illusions sensorielles, à de l'excitation ou de la dépression, pouvant aller jusqu'à la stupeur.

La ***belladone*** et son alcaloïde l'***atropine***, prises à une dose élevée, paralysent les fibres cardiaques du pneumogastrique. Le pouls s'accélère, la sécrétion de la sueur et de la salive cesse, et la paralysie des fibres du moteur oculaire commun détermine la mydriase. Quelquefois, on observe en même temps des accès violents de délire sensoriel.

Beaucoup de médicaments *nervins*, comme l'***antipyrine***, la ***phénacétine*** et d'autres substances analogues, déterminent, à la suite d'un usage prolongé et abusif, une diminution des facultés intellectuelles, en particulier de la mémoire.

Les ***bromures***, qui sont souvent pris pendant longtemps et à des doses élevées, notamment par les épileptiques, produisent à la longue de l'obtusion intellectuelle, de l'affaiblissement de la mémoire, de l'affaiblissement musculaire, de l'impuissance génitale, accidents accompagnés souvent d'acné, de troubles digestifs et de bronchite.

L'***acide salicylique*** provoque souvent, même à des doses moyennes, des bourdonnements d'oreilles, une dureté de l'ouïe, des vomissements, de l'urticaire, des céphalalgies, un affaiblissement du pouls et de la respiration, une forte transpiration ; à des doses plus élevées, il peut déterminer des hallucinations de l'ouïe et de la vue, une surexcitation avec sentiment d'angoisse, une dépression accompagnée de peurs, plus rarement de l'excitation ; la parole

devient embarrassée, il y a de la dyspnée avec affaiblissement du cœur; finalement, il peut se produire une perte de connaissance. Les enfants sont particulièrement sensibles à l'action de cette substance.

La **quinine**, prise en une fois à la dose de 1 à 2 grammes, donne lieu à des étourdissements avec céphalalgie, obscurcissement de la vue, affaiblissement musculaire, tremblements, délire et convulsions. Parfois on observe, dans ces conditions, du collapsus qui peut être suivi de mort.

Les médicaments hypnotiques, si utiles quand il s'agit de déterminer un changement dans la conscience par un sommeil artificiel, peuvent déterminer la mort lorsqu'ils sont pris à des doses trop élevées. Même employées à doses moyennes, ces substances peuvent produire un effet toxique chez certains individus prédisposés, trop sensibles à leur action.

De plus, l'usage prolongé et abusif de ces médicaments peut créer une intoxication chronique, même chez les sujets normaux et résistants.

Le **sulfonal** à dose toxique ralentit le travail de l'idéation et de l'association des idées, qui deviennent confuses. L'intoxication *chronique* se manifeste par des vertiges, de l'ataxie motrice, des accès épileptiformes, des paresthésies, des nausées et des troubles digestifs.

Le **trional** détermine, à dose élevée, des troubles intellectuels. Absorbé à dose toxique, il provoque des états analogues à ceux produits par le sulfonal. Chez des sujets âgés dont l'activité cardiaque est affaiblie, il suffit parfois de 1 à 2 grammes de ce médicament pour déterminer du collapsus. Il faut se méfier surtout d'un usage continu du trional, à cause de son accumulation dans l'organisme.

Le **paraldéhyde** rappelle par son action toxique l'alcool. Dans plusieurs cas, ce médicament a été administré d'une façon continue, en allant jusqu'à plus de 40 grammes par jour. L'intoxication a été caractérisée par des tremblements, un affaiblissement du cœur et un état analogue à celui du *delirium tremens*.

L'**hydrate de chloral** pris avec excès produit le *chloralisme aigu*, dont les principales manifestations sont: affaiblissement de la mémoire, hyperesthésie, paralysies, contractures, catarrhe de l'estomac et acné, sorte de rash chloralique. L'intoxication *chronique* se caractérise par des bouffées de chaleur, une fréquence du pouls, de l'exan-

thème, de l'œdème, parfois même par des escarres; du côté de l'intelligence, par une tendance à la stupeur. Dans les maladies du cœur ou des vaisseaux, 5 grammes de chloral peuvent suffire pour déterminer la mort.

L'*hyoscine* est absorbée parfois d'une façon régulière par des morphinistes et des cocaïnistes, sur lesquels la morphine et la cocaïne n'exercent plus d'action suffisante. L'intoxication chronique par l'hyoscine aboutit à un affaiblissement des fonctions psychiques avec paralysie motrice et vaso-motrice; on observe en même temps une mydriase fortement accusée.

Les *ptomaïnes*, poisons contenus dans les viandes, les saucisses, la chair des poissons et le fromage, produisent non seulement des troubles intestinaux, mais encore : de la stupeur (pouvant aller jusqu'à un état soporeux), de l'affaiblissement des facultés psychiques, des contractures spasmodiques des muscles, des paralysies musculaires, souvent du trismus, des troubles visuels, de l'affaiblissement du cœur et des organes respiratoires.

Le *sulfure de carbone* détermine parfois chez les ouvriers des fabriques de caoutchouc une intoxication se caractérisant par des troubles digestifs, des névrites, des atrophies musculaires, des céphalalgies avec insomnie, de l'affaiblissement de la mémoire et même du délire.

L'intoxication aiguë par l'*oxyde de carbone* produit des états de surexcitation suivie de paralysie avec perte de connaissance.

L'intoxication par l'*acide carbonique* se manifeste par la paralysie avec perte de connaissance : au réveil, on observe parfois des troubles de la mémoire, et plus particulièrement une amnésie rétrograde.

Le *protoxyde d'azote*, le *gaz d'éclairage*, l'*hydrogène sulfuré*, la *nitrobenzine* peuvent provoquer des délires de diverses formes.

L'intoxication chronique par le *plomb* produit, outre le liséré saturnin, la néphrite et la colique de plomb, le tremblement, la paralysie, l'encéphalopathie saturnine. Ce dernier syndrome éclate souvent d'une façon soudaine, sous forme de céphalalgie, d'excitation, d'hallucinations, du coma, des contractures, de l'amaurose.

L'intoxication par le *cuivre* peut donner des céphalalgies, des vertiges, des anesthésies, des paralysies et du délire.

L'intoxication chronique par le **mercure** peut se produire chez les ouvriers des mines, des fabriques de miroirs, et quelquefois chez des syphilitiques soumis au traitement mercuriel. Elle se traduit, entre autres symptômes, par du tremblement intentionnel, de l'éréthisme, de l'irritabilité psychique, de l'angoisse, de la confusion dans les idées, des illusions sensorielles, de l'insomnie; parfois se déclare un véritable affaiblissement intellectuel. Des expériences ont démontré que, dans beaucoup d'intoxications par les métaux, il existe des altérations très accusées dans les cellules de l'appareil ganglionnaire.

Dans l'intoxication par le **phosphore**, on peut observer du délire et du coma.

La consommation habituelle du **seigle ergoté**, fréquente aux époques de disette, conduit à l'*ergotisme*, dit encore la *raphanie*. Cette intoxication chronique est caractérisée par de violentes paresthésies; elle peut s'accompagner aussi de délire, d'angoisse, d'affaiblissement intellectuel et de convulsions. Dans certains cas se produit la gangrène des extrémités.

A l'autopsie, on constate une dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle épinière (*Ergotin-tabes*).

La consommation du **maïs pourri**, avarié, à laquelle sont condamnés encore aujourd'hui beaucoup d'habitants de la plaine de Potief et de la Roumanie, engendre la pellagre, maladie toxique dont les principaux symptômes sont : troubles intestinaux, éruptions cutanées. Dans quelques cas (10 p. 100 environ), il existe des troubles mentaux : excitation intellectuelle, plus souvent profonde dépression et, finalement, état démentiel. A l'autopsie de ces cas, on trouve souvent une dégénérescence du cordon latéral.

2. — Infections.

Dans toutes les maladies infectieuses aiguës, la fièvre peut s'accompagner de délire (Voy. chap. XXVI).

Les malades perdent alors leur faculté d'orientation ; ils ont des aberrations de la vue et de l'ouïe ; ils manifestent une légère excitation et, dans des cas plus graves, ils peuvent tomber dans le coma. Les enfants sont plus particulièrement sujets aux accidents délirants, même sous l'influence d'une légère élévation de la température. De plus, chez des individus prédisposés, la fièvre peut provo-

quer un véritable accès de folie. Les alcooliques ont souvent dans ces conditions, et surtout à l'occasion d'une pneumonie, un accès de *delirium tremens*.

Des troubles mentaux peuvent se déclarer à la période prodromique, encore apyrétique, des maladies infectieuses. Tel est, par exemple, le délire initial apyrétique de la fièvre typhoïde.

Parmi les maladies infectieuses donnant lieu à des troubles mentaux, il faut citer surtout : la fièvre typhoïde, l'influenza, l'érysipèle, la variole, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, la septicémie, la malaria, le choléra, la peste. Certaines infections se caractérisent par des troubles mentaux qui leur sont spéciaux. Ainsi, dans la rage, le désordre psychique débute par de l'angoisse et de la dépression ; puis survient une excitation maniaque, violente, avec délire et hallucinations ; le malade tombe ensuite dans l'adynamie, qui se termine habituellement par la mort.

La ***tuberculose*** peut déterminer divers accidents cérébraux : un état de stupeur avec coma sous l'influence d'une méningite ; un affaiblissement des facultés intellectuelles consécutif à la compression du cerveau par un foyer tuberculeux ; une psychose par épuisement due à l'action débilitante de cette maladie infectieuse.

Notons aussi l'euphorie des phtisiques avancés, qui peut parfois prendre les proportions d'un délire avec état cœnesthétique gai.

La ***blennorragie*** produit quelquefois un état cœnesthétique triste avec idées et tentatives de suicide.

La ***syphilis*** a une importance capitale.

Elle peut s'attaquer au système nerveux central en y provoquant une méningite, une gomme ou une artérite.

D'autre part, la statistique démontre la présence de la syphilis dans les antécédents de la plupart des paralytiques généraux.

On discute encore sur la question de savoir si la syphilis ne fait que rendre le terrain plus favorable pour l'éclosion de la paralysie générale, ou bien si cette infection est capable à elle seule de créer cette grave affection. Or, la statistique ne peut donner à ce sujet une solution complètement exacte, attendu que, même dans des cas d'une syphilis certaine, il n'est pas toujours possible de diagnostiquer l'existence de cette infection. Les hommes paient à

la syphilis et à la paralysie générale un tribut plus considérable que les femmes, dans la proportion de 5 à 1 environ; de même, les habitants des villes plus que les habitants de la campagne, et les artistes, officiers et marchands, plus que les ecclésiastiques et les savants.

Il faut cependant remarquer que l'infection spécifique ne détermine la paralysie générale que chez un nombre relativement minime de syphilitiques, et principalement chez ceux d'entre eux dont la syphilis s'est présentée sous des apparences bénignes et a été, par conséquent, fort mal soignée.

En outre, un grand nombre de paralytiques généraux présentent une hérédité morbide, et chez beaucoup d'entre eux on signale, parmi les causes secondaires ou occasionnelles, du surmenage intellectuel, des excès de toute sorte.

La paralysie générale se déclare de deux à trente ans (en moyenne sept ans) après le premier accident spécifique. Chez les vieillards atteints de cette maladie, l'infection syphilitique préalable a été contractée plus tardivement.

Quant aux jeunes paralytiques généraux, — infantiles ou juvéniles, — il s'agit là, ou bien de syphilis héréditaire, ou d'une infection spécifique communiquée par la bouche ou le sein d'un sujet syphilitique.

C'est ainsi qu'on connaît le cas d'une petite fille de sept ans qui, ayant été embrassée par une jeune fille, fut atteinte d'un chancre à la lèvre et devint paralytique générale à l'âge de onze ans.

D'après certains auteurs modernes, la paralysie générale, pas plus que le tabes, ne peut être considérée comme un accident tardif de la syphilis : elle constitue une affection à part, consécutive à la syphilis, *métasyphilitique*, comme dit Möbius, maladie qui se produit à la faveur et par l'intermédiaire d'un trouble profond préalable de la nutrition générale de l'organisme [la parasyphilis de M. le professeur Fournier].

3. — Maladies de la nutrition.

Des états morbides qui se caractérisent par une cachexie générale peuvent, en troublant la nutrition du cerveau, donner lieu à des accidents mentaux. Sont dans ce cas le

diabète, la *leucémie*, l'*anémie pernicieuse*, le *carcinome*, le *sarcome*. De plus, le diabète peut être cause d'une intoxication des centres nerveux déterminant le coma diabétique. Au cours de l'*urémie* peuvent survenir divers délires, du coma et des convulsions. La *cholémie* peut provoquer de l'excitation maniaque, du coma ; elle détermine une dyspnée persistante qui peut, par une surcharge du sang en acide carbonique, aboutir à un état de profonde torpeur.

La suppression fonctionnelle de la glande thyroïde produit de l'obtusion, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, en même temps qu'une altération particulière, myxœdémateuse des téguments; parfois aussi des accidents convulsifs et tétaniques.

Cette suppression de la fonction thyroïdienne peut avoir pour cause : un arrêt de développement congénital de la glande thyroïde; une dégénérescence de cet organe, comme cela arrive dans le crétinisme endémique; une ablation opératoire de la glande (la cachexie strumiprive); enfin une altération profonde de la glande thyroïde par une lésion inflammatoire, un abcès, une gomme ou une tumeur.

La maladie de Basedow, caractérisée par l'existence d'un goitre, de la tachycardie, des tremblements, de l'exophtalmie et des sueurs, présente un certain contraste avec le *myxœdème*, et pourrait bien provenir d'une hypersécrétion de la glande thyroïde. Au cours de cette affection, il n'est pas rare d'observer des troubles psychiques dont les principaux éléments sont : l'irritabilité, l'excitation, l'humeur inquiète, la lassitude et l'insomnie.

Très fréquemment, on cite l'*épuisement* comme cause de maladies mentales. On a démontré expérimentalement que les facteurs dont se compose l'épuisement : surmenage intellectuel et physique, privation de sommeil, alimentation insuffisante, exercent un effet nettement défavorable sur les fonctions psychiques, et cela en donnant lieu à une véritable auto-intoxication. On admet que la *fatigue* intellectuelle est due probablement à la formation dans l'encéphale de substances épuisantes qui sont éliminées par le repos et surtout par le sommeil; tandis que l'*épuisement* intellectuel aurait pour cause un appauvrissement de l'encéphale en certains de ses éléments constitutifs, lesquels ne peuvent être récupérés que très lentement.

L'épuisement provoqué expérimentalement par le manque de sommeil rappelle par ses caractères les psychoses d'inanition (Aschaffenburg).

Or, l'abstention expérimentale de nourriture pendant trois jours n'a pas déterminé des symptômes du même genre (Weygandt). La valeur de l'épuisement comme facteur déterminant des psychoses est peut-être moins importante que bien des aliénistes ne l'admettent habituellement.

Bien souvent on observe des troubles analogues à ceux qui ont été décrits dans les psychoses d'épuisement, et cela chez des sujets qui, à aucun moment de leur existence, n'avaient subi la moindre fatigue. On peut admettre en pareil cas l'existence, chez certains sujets, d'une tendance morbide à s'épuiser pour rien, et que, par conséquent, ces sujets sont en possession d'un cerveau d'une constitution anormale. Du reste, il n'existe, selon toute apparence, que quelques maladies s'accompagnant d'une cachexie somatique généralisée, comme, par exemple, la tuberculose lente ou la fièvre puerpérale, qui déterminent parfois des psychoses d'épuisement, le délire du collapsus et la confusion mentale.

4. — Lésions cérébrales.

Il semble qu'en présence d'une lésion destructive de l'écorce cérébrale, qui est considérée comme l'organe de la conscience, on puisse conclure à l'existence d'une altération psychique.

Ce serait là une conclusion souvent erronée.

On trouve en effet fréquemment des lésions de la substance cérébrale qui ne sont accompagnées pendant la vie d'aucun trouble psychique au moins apparent ; abstraction faite toutefois des lésions en foyer siégeant au niveau des centres moteurs ou des centres sensoriels et qui produisent des troubles correspondants.

Dans certaines lésions circonscrites de l'écorce cérébrale, comme les *tumeurs*, les *hémorragies*, les *abcès*, on peut observer, à côté des symptômes dus à la destruction de certaines zones, d'autres symptômes dits *de voisinage*, dont les uns sont de nature inhibitrice et les autres de nature excitatrice.

La production de ces symptômes de voisinage est due à la compression du cerveau, à l'altération des vaisseaux de

la région comprimée, et, finalement, à la destruction des fibres nerveuses adjacentes au foyer lésé.

On peut observer en pareil cas des convulsions, parfois des hallucinations, souvent une faiblesse motrice avec de l'affaiblissement intellectuel, de la stupeur, et, par moments, des phrases incohérentes stéréotypées.

Les signes de démence deviennent plus évidents sous l'influence de foyers multiples, comme dans certaines formes de *sclérose cérébrale*.

Il y a des cas où la coupe du cerveau démontre l'existence de lacunes excessivement importantes, comme dans certaines *porencéphalies*, sans que pendant la vie on ait constaté des symptômes psychopathiques évidents.

Des phénomènes psychiques généraux s'observent, en outre, dans la commotion cérébrale ou l'ébranlement mécanique du cerveau dans sa totalité. Dans les formes graves de la commotion se produit le coma; dans des cas plus légers, on observe de la stupeur, des vertiges, de l'anxiété, quelquefois des hallucinations, plus rarement des idées délirantes.

Souvent, il existe en même temps de l'hyperesthésie et quelquefois de l'hyperalgésie.

Le trouble mental peut rester stationnaire ou bien subir pendant quelque temps un développement progressif.

Le plus souvent, il subsiste une sorte de disposition à divers troubles psychiques ou nerveux, parmi lesquels sont à citer surtout l'hystérie et la neurasthénie traumatiques.

Parmi les lésions diffuses qui détruisent de grands territoires de l'écorce cérébrale, il faut signaler la polioencéphalite de l'enfance, qui est fréquemment suivie d'hémiplégie spastique, d'épilepsie et d'idiotie. Beaucoup de cas d'idiotie congénitale proviennent vraisemblablement de lésions inflammatoires de l'écorce cérébrale survenues pendant la vie intra-utérine.

Les phénomènes psychiques de la *paralysie générale* coïncident avec des altérations de l'écorce cérébrale (Voy. chap. XIX); la même remarque s'applique aux diverses formes des *psychoses* dites *séniles*. En outre, la production dans le cerveau d'une gliose diffuse, d'une sclérose artérielle, d'une congestion ou d'une anémie, a pour conséquence fréquente l'apparition de troubles psychiques.

5. — Affections nerveuses.

Un grand nombre de troubles mentaux se développent chez le même sujet, simultanément avec certaines affections nerveuses.

Ainsi, très souvent le même malade présente des phénomènes de *tabes* associés à ceux de la paralysie générale. Le début se fait quelquefois, en pareil cas, par l'ataxie locomotrice, mais, le plus souvent, c'est la paralysie générale qui se montre la première.

[Les travaux de Joffroy, Raymond, Gilbert Ballet ont, parmi les auteurs français contemporains, contribué largement à l'étude de ces rapports entre la paralysie générale et le tabes.]

D'autre part, il existe des cas de tabes coïncidant avec un affaiblissement intellectuel sans tendance à l'évolution progressive.

La *polynévrite*, le plus souvent d'origine alcoolique, va habituellement de pair avec un syndrome mental connu sous le nom de *psychose de Korsakow* (Voy. chap. XXIII).

Des *névralgies*, surtout celle du trijumeau [tic douloureux de la face] sont quelquefois accompagnées de délires mélancoliques avec idées et même tentatives de suicide. La *migraine* peut aller jusqu'à provoquer des altérations psychiques. Dans la *chorée*, il n'est pas rare d'observer des troubles mentaux de diverses formes [bien étudiées en France par Joffroy]; parmi ces troubles, il y en a qui évoluent sur un terrain infectieux. Il en est de même du *tétanos*. L'*épilepsie*, l'*hystérie* et les formes multiples de la *neurasthénie* trouvent leur meilleure explication quand elles sont considérées comme ayant une origine psychopathique.

6. — Affections organiques diverses.

Les *aveugles* ont souvent une vie psychique particulièrement bien développée. Cependant, on trouve, parmi les idiots, 7 à 8 p. 100 de sujets atteints de cécité. Dans les maladies d'yeux, après l'opération de la cataracte, ou après un séjour assez long dans une chambre noire, on a eu l'occasion de constater quelquefois des délires et des hallucinations.

Parmi les *sourds-muets*, 10 p. 100 au moins ont une intelligence débile. Il existe aujourd'hui des écoles spéciales pour les sourds-muets arriérés. De plus, les sourds-muets ont une tendance quatre fois plus forte à contracter des troubles mentaux que ne l'ont les personnes en possession de tous leurs sens; ils sont enclins plus particulièrement aux idées mélancoliques et de persécution. Il n'est plus question d'idiotie par suite d'une absence congénitale des principaux sens (*idiocy by deprivation*).

Dans tous les pays civilisés, on a organisé un enseignement complet des aveugles et des sourds-muets, et il n'est plus admissible aujourd'hui qu'on laisse des enfants devenir idiots par développement insuffisant ou absence de quelques-uns de leurs sens. Laura Bridgeman (de Boston), qui perdit l'ouïe et la vue à l'âge de six ans, fut instruite par Howe, qui a suffisamment utilisé chez elle le sens du toucher pour lui apprendre à écrire correctement des lettres (Voy. chap. XII).

Les *affections cardiaques* peuvent compromettre les fonctions psychiques par suite d'un apport insuffisant de sang artériel dans l'écorce cérébrale.

Le même résultat peut survenir dans les *affections pulmonaires* qui déterminent un appauvrissement du sang en oxygène, avec excès d'acide carbonique. Une compression expérimentale de la carotide chez les animaux produit une insensibilité immédiate, avec altération anatomique, facile à démontrer, des cellules de l'écorce cérébrale.

L'*agonie* lente se reflète également dans l'état des cellules de l'écorce cérébrale, qui présentent des altérations analogues à celles qu'on trouve dans les infections aiguës. Les *affections intestinales* étaient autrefois, souvent à tort, considérées comme causes de troubles mentaux.

Les fonctions et les affections des *organes sexuels* ont aussi leur importance dans l'étiologie des troubles mentaux. L'opinion d'après laquelle la perte des testicules produit un état cœnesthétique triste est contestée par Rieger. L'*onanisme* joue un rôle moins considérable que ne le croient certaines personnes peu instruites; parfois il n'est qu'un symptôme d'une affection cérébrale, comme la démence précoce, l'idiotie, la commotion cérébrale. L'onanisme agit par épuisement et anémie, surtout quand, par exemple, on le pratique très souvent, quatre à six fois par jour. De plus, il est nuisible en déterminant un surmenage

de l'imagination; à cet égard, l'onanisme abortif est particulièrement fatigant, parce qu'il donne lieu à un grand nombre d'idées sexuelles et diminue ainsi la faculté de s'occuper intellectuellement de choses plus sérieuses. Un grand nombre d'états neurasthéniques en sont la conséquence habituelle. Enfin, l'onaniste est souvent déprimé par la lutte inutile qu'il livre à la tentation trop forte. Le *coït fréquent* peut parfois provoquer un épuisement intellectuel, sans parler des dangers d'infection. Une surexcitation génitale, et parfois aussi une inertie sexuelle, constituent fréquemment un symptôme d'une affection cérébrale, comme la paralysie générale, la manie, l'hystérie.

Une continence sexuelle peut amener de l'agitation, des rêves voluptueux avec pertes séminales; elle peut conduire à l'onanisme, mais on ne constate guère à sa suite des troubles mentaux graves.

Les *maladies des femmes* ont été souvent accusées de provoquer des perturbations psychiques. Cependant l'intervention opératoire suivie de succès n'altère généralement en aucune façon les fonctions intellectuelles, ou, dans tous les cas, ne paraît exercer qu'une minime influence sur l'état psychique de la femme. Dans le cancer de l'utérus, par exemple, l'état mental des femmes est souvent, pendant longtemps, absolument normal. L'ablation des ovaires a parfois, dit-on, pour conséquence une dépression mélancolique.

La *menstruation* produit chez beaucoup de femmes, d'ailleurs bien portantes, une modification d'humeur, le plus souvent triste, une légère excitation avec tendance aux lipothymies. Chez des femmes hystériques ou épileptiques, la menstruation peut provoquer des accès de la névrose correspondante. Chez d'autres, prédisposées aux accidents mentaux, la menstruation peut être suivie de courts accès de folie périodique, d'excitation ou de dépression. Il n'y a pas lieu d'admettre une « folie menstruelle » proprement dite.

Au cours de diverses affections mentales, on observe généralement une aggravation au moment de la menstruation ; dans d'autres, les règles s'accompagnent d'une période d'arrêt dans les accidents psychiques. Il existe un rapport important entre les fonctions puerpérales (grossesse, accouchement et allaitement), d'une part, et les troubles mentaux, de l'autre.

La statistique démontre que 14 p. 100 des psychoses de la femme se rattachent à la puerpéralité. La proportion réelle est probablement plus grande encore, car les cas qui ne sont que transitoires ne sont pas soumis à l'examen psychiatrique, comme certaines formes d'éclampsie, les délires éphémères de la fièvre puerpérale, ou même les accès de délire du collapsus.

Aschaffenburg a vu, sur 96 femmes atteintes de maladies mentales en rapport avec la puerpéralité, 25 cas de manie dépressive, 46 cas de démence précoce, 10 cas de récidive de démence précoce, 7 cas de paralysie générale, 1 cas d'épilepsie et 5 cas de psychoses par épuisement (*amentia* et *collaps-delirium*). Ces 5 derniers cas rentrent dans la catégorie de ceux que Furstner a décrits sous le nom de « folie hallucinatoire des femmes en couches ».

Sur les 96 cas, les trois cinquièmes se rapportaient au travail de l'*accouchement* avec ses suites, un peu plus de un cinquième se rapportaient à la *grossesse*, le reste se liait à la *lactation*. Étant donné que des cas tout à fait semblables de psychoses d'épuisement se présentent sans aucun rapport avec la puerpéralité, il est évident que ce dernier facteur étiologique n'exerce aucune action spécifique; il fait éclater seulement une disposition à délirer, restée jusque-là latente. [C'est l'opinion professée par la plupart des manigraphes français contemporains : Magnan, Gilbert Ballet, Joffroy.] Le type clinique est la plupart du temps à forme dépressive ; souvent il prend aussi l'aspect de la stupeur. Bien que les formes cliniques les plus variées puissent s'observer au cours de diverses phases de la puerpéralité, il faut cependant remarquer que la majorité des cas appartient à la démence précoce.

La *ménopause* et l'*âge de l'involution* peuvent également faire éclater une série de troubles intellectuels, principalement des états de mélancolie, ainsi que des accès de folie intermittente ; parfois aussi de l'affaiblissement intellectuel, avec ou sans hallucinations.

b. — Causes morales.

Indépendamment des altérations parallèles de l'écorce cérébrale, les troubles psychiques s'accompagnent d'une série de phénomènes somatiques, tels que modifications de l'activité du cœur et des organes respiratoires, de la mo-

tilité et aussi des organes de la digestion et de diverses sécrétions. Par contre, les *causes morales* jouent dans la production de véritables affections mentales un rôle bien moins important qu'on ne l'admettait jadis. En effet, naguère encore on considérait comme causes de maladies psychiques certains états moraux, tels que la nostalgie, les soucis, le remords, l'amour malheureux. A un examen plus attentif des cas de ce genre, on retrouve le plus souvent une disposition à l'anomalie intellectuelle, qui existait déjà avant la cause morale, de sorte que celle-ci n'a plus que la valeur d'un facteur purement occasionnel déterminant. [En 1862, Marcé enseignait déjà que les troubles mentaux survenant sous l'influence des causes morales s'associent généralement à une organisation intellectuelle défectueuse. Cette thèse est adoptée par la majorité des psychiâtres français actuels.] Dans la folie périodique, certains accès succèdent à une émotion morale, comme le deuil, une frayeur ou un événement heureux.

Les psychoses d'involution sont parfois précédées d'impressions morales tristes. Les hystériques voient fréquemment s'aggraver leur état, par suite d'une émotion quelconque. A l'occasion d'une violente émotion qui s'empare de la foule, on constate çà et là quelques cas de troubles mentaux. Ainsi, par exemple, en 1896, lors du couronnement de l'empereur de Russie, à Moscou, une panique s'est produite parmi dix mille personnes. Or, trois d'entre elles seulement furent atteintes d'aliénation mentale. Cette proportion si minime indique que le choc psychique en lui-même n'a qu'une importance tout à fait secondaire, et que, pour qu'on en puisse tenir quelque compte, il faut faire intervenir avant lui l'indispensable anneau intermédiaire, c'est-à-dire la prédisposition. Baelz dit que, pendant un violent tremblement de terre à Tokio, lui-même et d'autres personnes ont été subitement frappés d'une *paralysie émotive* : tout d'un coup et pendant plusieurs heures, ils ont perdu toute sensibilité, pendant que la perception, la mémoire et le jugement continuaient à fonctionner. Plus fréquemment, des émotions prolongées, comme le chagrin, une grave responsabilité, une inquiétude persistante continuelle, exercent une influence funeste sur les fonctions psychiques.

Mais, ici encore, il faut tenir compte d'autres circons-

tances qui viennent s'ajouter aux causes purement morales, comme les privations de nourriture et de sommeil, le surmenage intellectuel, les traumatismes, les émotions ayant trait, par exemple, aux accidents de chemins de fer.

Henneberg parle de troubles mentaux en rapport avec le spiritisme. Là, il faut distinguer deux catégories de faits. D'une part, il s'agit de débiles intellectuels qui, attirés par les idées spirites, se laissent dominer par des auto-suggestions et, à l'occasion, versent dans la folie, en raison de leur prédisposition innée aux troubles psychiques. [Dans ses leçons du mardi à la Salpêtrière, en 1902, Raymond a présenté plusieurs exemples de débiles intellectuels versant dans le délire, sous l'influence des pratiques spirites.] Un deuxième groupe comprend des sujets déjà délirants qui espèrent s'expliquer leur état par le spiritisme.

Les affections mentales déjà constituées subissent moins qu'on ne l'admettait autrefois l'influence des émotions. Certes, une visite des parents n'est pas indifférente aux mélancoliques ou aux maniaques. Cette émotion accable davantage les uns et excite plus violemment les autres ; de même, des paralytiques généraux sont, en dehors de l'asile, souvent plus agités que pendant leur internement à cause des émotions multiples auxquelles ils sont exposés. Mais jusqu'à quel point la marche des diverses affections mentales se trouve-t-elle influencée par les émotions, soit au point de vue de leur durée, soit au point de vue de leur gravité, c'est là une question qui échappe jusqu'à présent à toute indication précise.

Contagion psychique.

Il arrive parfois que certaines anomalies mentales se révèlent chez des personnes de l'entourage immédiat d'un aliéné. Déjà, dans le domaine psychologique, nous observons des faits analogues. Ainsi, les enfants présentent souvent de l'*écholalie*, c'est-à-dire la tendance à répéter des mots qu'ils ont entendus, ou de l'*échopraxie*, ou la tendance à imiter les mouvements qu'on exécute devant eux.

Le rire, les bâillements provoquent chez beaucoup de personnes une imitation involontaire de ces actes. Des

bizarreries sont souvent adoptées par leur entourage ; c'est ainsi que le peintre Diefenbach trouva des disciples qui portaient son costume primitif tout à fait excentrique et qui imitaient sa manière ascétique de vivre.

Dans les écoles de filles, on a observé plus d'une fois qu'une enfant atteinte de *convulsions hystériques* ou de *mouvements choréiques* provoquait chez beaucoup de ses compagnes une tendance aux mêmes troubles moteurs, de sorte que, pour arrêter la propagation de ces accidents, il avait fallu licencier les écoles pour quelque temps. On sait, d'autre part, qu'un sujet se laisse hypnotiser avec d'autant plus de facilité et de succès qu'il avait déjà assisté à l'hypnotisation d'autres personnes. Parfois l'imitation ou la suggestion jouent aussi un rôle important dans les actes des foules ; l'histoire contient un grand nombre de faits dans le genre des cortèges de flagellants ou des processions dansantes.

Nous trouvons aussi un exemple de contagion psychique dans la folie communiquée ou induite. Des personnes qui vivent dans l'intimité d'un aliéné peuvent contracter une affection mentale caractérisée par les mêmes idées délirantes, et, parfois, les mêmes troubles sensoriels ; c'est ce qu'on désigne sous le nom de *folie à deux* ou de *folie par induction*.

Si les sujets contagionnés sont des membres de la famille de l'aliéné principal, on pourrait supposer que l'affection mentale soit éclose sous l'influence d'une cause commune. Mais souvent, à côté des parents, on voit se laisser entraîner dans le délire des personnes de caractère très faible, et des femmes la plupart du temps.

Dans beaucoup de cas de folie processive, le plaideur délirant trouve dans son entourage des partisans fermement convaincus qu'il a raison dans ses revendications. Quand le sujet psychiquement contagionné est soustrait à l'influence du malade principal, on peut espérer sa guérison. On a décrit sur cette variété de folie de véritables *épidémies psychiques*. Au Brésil, de 1880 à 1890, on vit se livrer à une propagande active le réformateur Antonia Maciel Conseltreiro, un malade atteint de délire systématisé (*paranoia*) avec illusions sensorielles, idées religieuses et de persécution. S'intitulant « envoyé de Dieu », il prêchait un ascétisme très sévère et la lutte contre le luxe, la franc-maçonnerie et le gouvernement. Il réunit

autour de lui douze apôtres et gagna enfin de si nombreux et si fanatiques adeptes qu'il fallut employer la force armée et envoyer des troupes pour combattre les effets de son prosélytisme.

En Russie, on cite des cas nombreux où des aliénés atteints d'hallucinations mystiques ont pu fonder des sectes religieuses.

[On trouvera dans un ouvrage français peu connu de Jolly des aperçus très ingénieux sur cette question : *De l'imitation considérée dans ses rapports avec la philosophie, la morale et la médecine* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1846, t. XII).]

B. — CAUSES ENDOGÈNES DES TROUBLES MENTAUX

a. — Prédisposition héréditaire ou acquise.

Chez la plupart des aliénés, une étude approfondie des antécédents révèle que dans leur famille, et principalement chez les ascendants, il y a eu des cas de perturbation psychique. En outre, on trouve fréquemment, parmi les parents des aliénés, des personnes atteintes d'affections nerveuses, d'alcoolisme, de diabète sucré, ou bien des sujets ayant soit des caractères bizarres, soit une organisation exceptionnelle de l'intelligence (talents ou génies), soit des aptitudes criminelles, soit enfin des tendances au suicide. Les statistiques sont peu d'accord, en raison de l'incertitude des données fournies par l'histoire des antécédents. Cependant, on peut admettre pour ces *affections mentales héréditaires* une proportion moyenne d'au moins 60 à 70 p. 100.

Parmi les maladies héréditaires, nous pouvons distinguer plusieurs modes de transmission :

1° Transmission directe d'une maladie avant la naissance. Cela s'observe parfois dans la syphilis congénitale qui peut être suivie d'une paralysie générale au cours de l'enfance ;

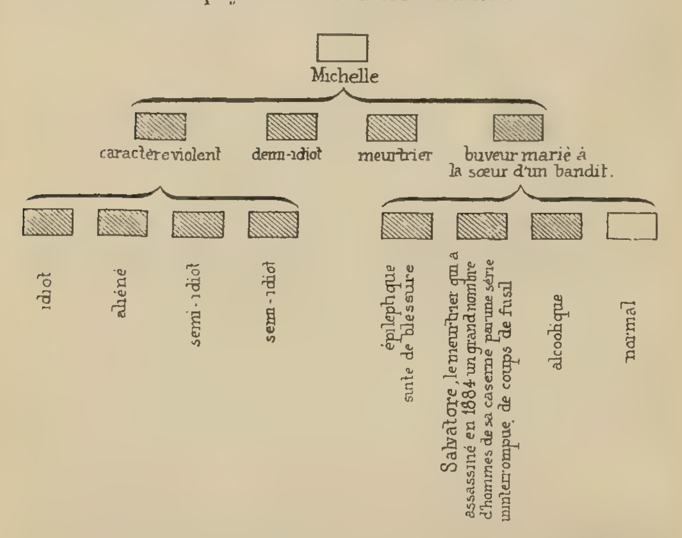
2° Lésion du germe par des éléments toxiques. C'est ainsi que très fréquemment des parents alcooliques ont des enfants atteints de débilité mentale.

Il est démontré actuellement que l'ivresse au moment de la conception est particulièrement dangereuse pour l'intelligence de l'enfant

3° Transmission héréditaire d'une constitution cérébrale défectueuse qui présente par ce fait moins de résistance dans la lutte contre les influences nuisibles comme la syphilis, l'alcoolisme, l'infection puerpérale ; c'est encore à cause de cette constitution anormale d'origine héréditaire que le cerveau des descendants contracte des maladies analogues à celles observées dans les cerveaux de la ligne ascendante.

La transmission héréditaire d'une affection par l'un des parents (père ou mère) constitue l'hérédité *directe* ou *immédiate*. Quand la maladie est transmise par les grands-parents, il s'agit de l'hérédité *atavique*. Si la transmission provient d'une ligne latérale (cousins germains, grand-oncle, tante), l'hérédité est dite dans ce cas *collatérale*. Si les deux parents (père et mère) étaient aliénés, on dit que l'hérédité est *accumulée*. Si la folie des parents existait déjà au moment de la conception, on a affaire à la forme la plus grave de l'hérédité accumulée.

Voici un exemple, d'après Kurella, d'un cas d'hérédité grave qui montre en même temps les rapports pouvant exister entre les psychoses et la criminalité :



Sous le nom d'*hérédité progressive*, on comprend le

cas où la maladie des descendants est plus fortement accusée que chez les ancêtres. Ainsi, une mère imbécile peut avoir un enfant idiot; ou bien le père est atteint d'un trouble mental ne nécessitant pas un traitement dans un asile, tandis que l'état de l'enfant est très grave.

Morel a établi, pour la dégénérescence progressive, le schéma suivant :

Première génération : Dépravation morale et débauche.

Deuxième génération : Tendance à l'apoplexie, aux névroses, à l'alcoolisme, à la paralysie générale.

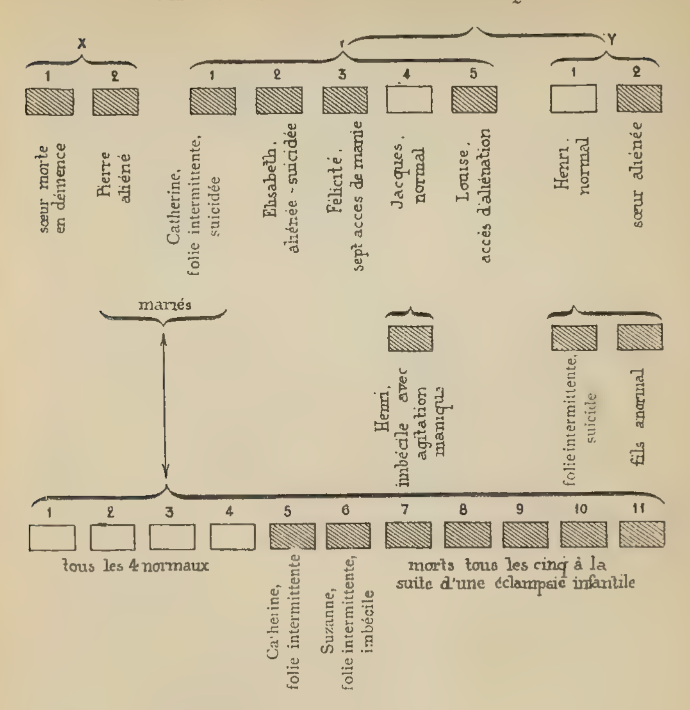
Troisième génération : Psychoses, suicides, impulsions criminelles.

Quatrième génération : Débilité intellectuelle d'origine congénitale, idiotie, anomalies du développement, difformités, extinction de la famille.

Cette prétendue loi se confirme très rarement. A côté de la dégénérescence progressive, il faut compter avec la possibilité d'une amélioration d'une famille par l'entrée de membres sains. On considère comme favorisant la dégénérescence d'une famille : l'inceste, le mariage entre proches parents, comme cela se voit dans les maisons princières et nobles, les familles juives et certaines communes rurales.

L'arbre généalogique suivant représente l'histoire de deux familles d'un village, alliées entre elles dans plusieurs générations ; malgré l'accumulation d'influences nuisibles, on y trouve encore quelques membres sains.

Il faut, en outre, distinguer l'*hérédité similaire* et l'*hérédité dissemblable*. On voit parfois (comme chez plusieurs membres de l'arbre généalogique précédent) que les psychoses des ascendants et des descendants peuvent se ressembler çà et là avec la fidélité d'une copie photographique. D'autre part, nous pouvons observer le cas d'un père paralytique général qui engendre un fils atteint de folie intermittente. Il est parfois difficile de fixer l'hérédité d'une maladie déterminée, parce que cette dernière peut comprendre dans son évolution diverses étapes qui diffèrent souvent beaucoup les unes des autres. Ainsi, la mère peut être une déprimée et la fille une maniaque, et pourtant toutes les deux sont sous le coup d'une seule et même affection héréditaire ; les deux états présentés par elles, différents en apparence, ne sont que des phases d'une même affection qui est la



folie intermittente. Avec Sioli, Vorster, on réunit divers groupes de maladies mentales relevant d'une même hérédité.

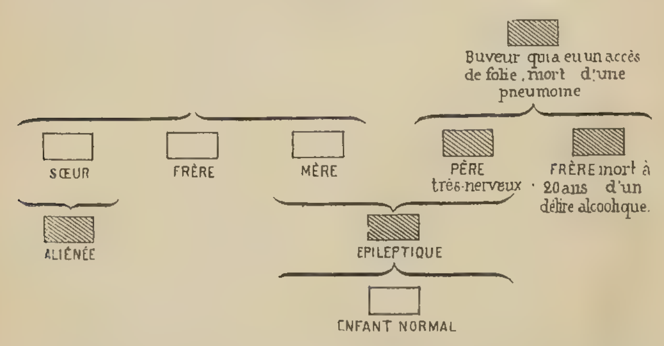
En première ligne vient la folie intermittente, qui constitue un groupe assez bien déterminé ; on la trouve souvent chez beaucoup de membres de la même famille. Leurs troubles mentaux ont parfois entre eux une grande ressemblance, quoiqu'ils puissent aussi présenter les aspects cliniques les plus différents ; mais la nature et l'évolution de ces troubles sont pourtant telles qu'on doit les ranger tous dans le groupe de la folie intermittente ou périodique.

Environ 90 p. 100 des malades atteints de folie intermittente doivent leur trouble psychique à l'hérédité. On peut trouver dans ces familles de fous circulaires des

cas de débilité mentale, d'hystérie ou d'épilepsie mais il est rare, au contraire, d'observer dans ces mêmes familles des paranoïques, des déments ou des idiots.

Un autre groupe, qu'il faut bien séparer du premier, comprend les cas d'idiotie ou de démence juvénile ou sénile (*démence précoce*, *démence sénile*) qui apparaissent assez souvent dans une seule et même famille. Sur plusieurs frères et sœurs, les uns deviennent déments parfois dans la jeunesse, les autres ne le deviennent que plus tard, dans la vieillesse. Ces derniers ont déjà dans bien des cas manifesté auparavant leur état psychopathique par un caractère entêté ou des idées bizarres. D'autre part, il existe au point de vue héréditaire une certaine parenté entre les psychoses d'involution et quelques formes de la folie sénile.

Nous pouvons encore former un autre groupe de troubles mentaux basé sur les rapports héréditaires existant entre les diverses formes de l'alcoolisme et de l'épilepsie. C'est à ce groupe qu'appartient l'arbre généalogique suivant :



Les différentes formes de la neurasthénie constitutionnelle et de la folie dégénérative se groupent dans une seule et même famille.

Le bégaiement se transmet souvent du père au fils.

La paralysie générale est très rare chez plusieurs membres d'une même famille, puisque nous admettons comme facteur le plus important de cette maladie la syphilis. Néanmoins, chez environ 40 p. 100 des paralytiques généraux, on trouve une hérédité psychopa-

thique, et souvent aussi des stigmates de dégénérescence.

Il est à noter que dans certaines familles la tendance au suicide est habituelle, sans qu'on puisse signaler l'existence de véritables psychoses.

Tandis que l'idiotie et l'imbécillité congénitales sont, dans la proportion d'environ 60 p. 100, d'origine héréditaire, la folie dégénérative est héréditaire dans une proportion aussi élevée que la folie intermittente ou à double forme.

Stigmates de dégénérescence.

[Ce sont les travaux de Morel et de Magnan qui ont répandu et vulgarisé la connaissance des *stigmates physiques* et *psychiques* de la dégénérescence mentale.]

Chez des sujets à hérédité pathologique, chez des aliénés ou des criminels, on observe fréquemment des anomalies congénitales soit dans la conformation du corps, soit d'ordre psychique, appelées *stigmates de dégénérescence.*

On a beaucoup exagéré leur importance. Il s'agit, d'une part, de défauts de conformation consistant tantôt en un développement excessif d'organes rudimentaires fortement indiqués, soit en une déformation importante d'autres organes. D'autre part, on range parmi ces stigmates de dégénérescence une série de particularités psychiques.

Un examen attentif permet de trouver un de ces signes à l'état isolé chez tout individu. Mais il faut reconnaître que leur existence *par groupes* s'observe principalement chez des sujets anormaux au point de vue cérébral.

Ces stigmates indiquent une déviation dans le développement d'un certain nombre d'organes et permettent, quand ils sont vraiment accumulés, de supposer par analogie que le cerveau lui-même a dû subir quelque anomalie dans son développement. Pourtant, — ce n'est là qu'une supposition, et il n'existe à cet égard rien qui puisse avoir force de loi, — chez des malades atteints de formes graves de la folie, les stigmates de dégénérescence se trouvent accumulés en grand nombre (dans la proportion de 80 p. 100). Chez des sujets sains ou peu atteints, cette accumulation de stigmates est infiniment plus rare et ne s'observe que dans la proportion de 10 p. 100 environ.

Planche I. Fig. 1. — Oreille en pointe de Darwin-Woolner chez une femme atteinte de paralysie générale. *a*, tubercule de Darwin (vrai tubercule de l'oreille); *b*, extrémité de l'organe déchirée par une boucle d'oreille.

Planche I. Fig. 2. — Oreille de cercopithèque appartenant à un paralytique général. *a*, sommet de l'oreille en pointe; *b*, tubercule de Darwin; *c*, fistule congénitale.

Planche I. Fig. 3. — Oreille de Wildermuth observée chez un alcoolique. *a*, l'anthélix très saillant dépassant dans sa partie supérieure l'hélix; en outre, *b*, le lobule de l'oreille soudé, et *c*, appendices auriculaires.

Planche I. Fig. 4. — Petitesse et atrésie congénitales des oreilles; déformation appelée *oreille de chat.*

Stigmates somatiques de dégénérescence. — *Taille.* — Nanisme ou gigantisme. Visage efféminé chez des hommes, comme la figure 1 en offre un exemple frappant.

Déformations du crâne. — Microcéphalie, déterminée par la petitesse du cerveau; crâne d'*aztèques* (1), au front fuyant; crâne en forme de tour ou de clocher; scoliose du crâne. En pareil cas, il faut se demander toujours, et avant tout, si l'on n'est pas en présence d'une anomalie crânienne acquise par l'hydrocéphalie, la syphilis, le rachitisme ou les traumatismes dus au forceps au moment de l'accouchement.

Œil. — Coloboma [ou division congénitale de la choroïde], asymétrie dans la coloration des iris; taches de l'iris; pupilles ovales ou excentriques; absence congénitale, totale ou partielle de la matière colorante du pigment de la choroïde ou albinisme; émergence anormale de l'artère centrale de la rétine; cécité congénitale.

Oreille. — Tubercule de Darwin (Voy. Pl. I, fig. 1 et 2); oreille de Morel avec l'hélix enroulé; oreille de Wildermuth avec l'anthélix saillant (Voy. Pl. I, fig. 3), oreilles en anses de panier (Voy. fig. 2); oreille de cercopithèque avec le sommet en pointe (Voy. Pl. I, fig. 2); lobule de l'oreille adhérent (Voy. Pl. I, fig. 3); oreilles trop petites (Voy. Pl. I, fig. 4).

Bouche et dents. — Persistance des dents de lait; implantation irrégulière des dents; absence des incisives; bec-

(1) [Les aztèques sont les anciens indigènes du Mexique.]



Fig 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

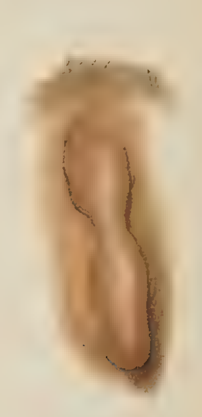


Fig 4

de-lièvre ; gueule de loup ; voûte palatine en ogive ; luette bifide.

Extrémités. — Luxation habituelle ; polydactylie (Voy. fig. 3) ; syndactylie ; pied plat.

Epiderme. — Polymastie et verrues comme le montre la figure 4 chez un catatonique ; le lentigo persistant ; cheveux et poils anormalement épais ; barbe chez les femmes ; sourcils irrégulièrement plantés ; double tourbillon de cheveux sur le sommet du crâne ; grisonnement des cheveux et calvitie précoces.

Organes génitaux. — Épispadias et hypospadias, cryptorchidie ; phimosis ; aspermie ; azoospermie ; utérus infantile, bicorne ; bifidité ou atrésie du canal vaginal.

Stigmates somatiques profonds de dégénérescence : anomalies dans la conformation du cœur, des poumons, du foie, des reins, de la rate ; cæcum pourvu d'un appendice vermiculaire trop développé ; dixième côte flottante.

Stigmates psychiques et nerveux de dégénérescence : intolérance pour l'alcool, migraines, anomalies de l'articulation verbale, crampes et cour-



Fig. 1. — *Habitus* féminin chez un épileptique ; fortes pannicules de graisse, particulièrement aux deux mamelles (gynécomastie) ; bassin trop large.

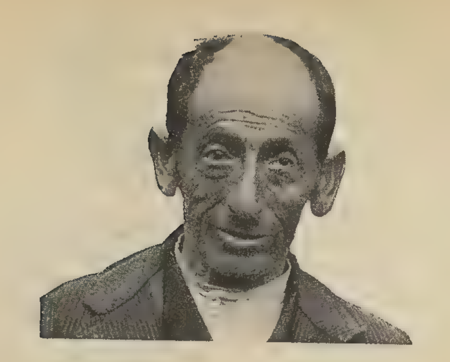


Fig. 2. — Oreilles en anses de panier.

Fig. 3. — Polydactylie.

batures, rêvasseries et divagations nocturnes, habitudes vicieuses, penchant aux mensonges, aptitude aux illusions et aux hallucinations.

[Font également partie des stigmates psychiques de dégé-

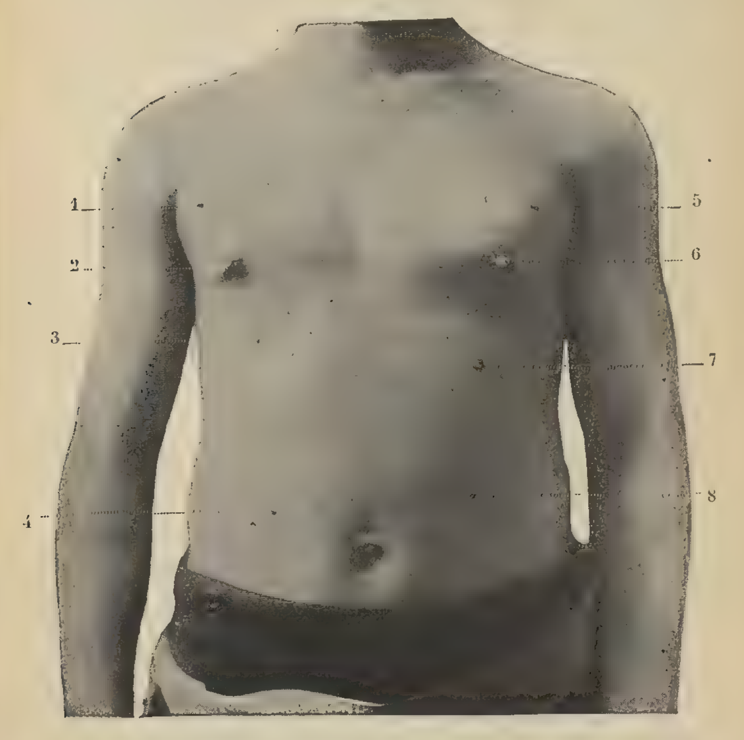


Fig. 4. — Polymastie chez un catatonique. — 1, petite tache pigmentée, un peu surélevée; 2, mamelon normal; 3, petite tache pigmentée; 4, tache de pigment d'un brun foncé; 5, petite tache pigmentée; 6, mamelon normal avec un petit appendice; 7, tache pigmentée; 8, tache de pigment brun clair.

nérescence, d'après Magnan, les obsessions et les impulsions, toutes les *manies* et *phobies*, appelées encore par cet auteur les *syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale*.]

b. — Causes prédisposantes.

Sexe.

Dans l'ensemble, les asiles d'aliénés contiennent autant d'hommes que de femmes, tandis que les établissements pénitentiaires contiennent à peu près huit fois plus d'hommes que de femmes. Pourtant, la répartition des formes de la folie prises une à une est différente : les femmes sont atteintes plus souvent que les hommes de la psychose intermittente, de l'hystérie et de la mélancolie d'involution ; de plus, elles se heurtent, dans les diverses phases du travail de la parturition, à d'importantes causes occasionnelles de maladies mentales. Par contre, les hommes sont particulièrement exposés à l'alcoolisme, et aussi, par suite de l'infection syphilitique, à la paralysie générale (autrefois, 7 paralytiques hommes pour une femme; actuellement, la proportion est de 5 à 3 pour 1). La folie raisonnante, en particulier le délire processif, s'observe la plupart du temps dans le sexe masculin, de même que la neurasthénie et l'épilepsie.

Age.

Assez souvent, dans le cours de la vie apparaît un moment de prédilection pour les affections mentales, une époque de moindre résistance cérébrale, qui varie pour les diverses psychoses. Les nombreuses formes de la démence précoce, et, en première ligne, l'hébéphrénie, se présentent de préférence dans les années qui suivent immédiatement la puberté ; elles peuvent pourtant s'observer encore pendant toute la période comprise entre trente et quarante ans. La mélancolie, dans le sens le plus strict de ce terme, appartient à l'âge d'involution, c'est-à-dire entre quarante et cinquante-cinq ans, période à laquelle commencent habituellement des troubles mentaux dits *séniles*. La paralysie générale préfère l'âge viril mûr, entre trente-cinq et quarante-cinq ans, d'abord parce qu'elle n'apparaît qu'après un intervalle de plusieurs années à partir de l'infection syphilitique, et puis aussi, sans doute, à cause du surmenage physique et intellectuel qui coïncide précisément avec cette phase de la vie. La

psychose intermittente (mélancolie, manie) surgit ordinairement vers l'époque de la puberté ; pourtant, cette psychose peut ne se produire la première fois que pendant l'âge d'involution. L'épilepsie et l'hystérie se manifestent d'ordinaire au moment de la puberté ; souvent, elles apparaissent aussi dès l'enfance.

Les *influences de la race* se déterminent avec peu de certitude. Certaines psychoses se manifestent dans ses caractères principaux d'une façon assez uniforme chez beaucoup de peuples ; on a vu, par exemple, un Abyssinien atteint du même délire de négation accompagné de la même contracture des muscles de la bouche qu'on observe chez nos catatoniques. Chez les Germains, l'alcoolisme joue certainement un grand rôle, constaté déjà depuis Tacite : « *Adversus sitim non temperantia* (Pas de tempérance en ce qui concerne la soif) ». Les buveurs de schnaps de l'Allemagne du Nord fournissent un plus grand contingent d'aliénés que les buveurs de bière de l'Allemagne du Sud. Les peuples latins sont bien moins buveurs d'alcool. La race juive paraît très prédisposée aux troubles mentaux en général (4 à 6 fois plus que les autres races, d'après Buschan), en particulier à la psychose intermittente, et, comme beaucoup d'Orientaux (par exemple Mahomet), à l'hystérie. On dit que les maladies mentales sont rares chez les Chinois. La paralysie générale est rare en Irlande, en Espagne, en Abyssinie et au Japon, bien que la syphilis y soit fréquente. De même, en Allemagne, il y a de grandes variations quant à la paralysie générale : dans les villes industrielles, on la constate plus souvent qu'ailleurs. Les états d'excitation semblent sévir davantage et se présenter avec plus d'expansion dans certaines contrées de l'Allemagne du Sud. Il est à noter à ce propos que c'est dans l'ancienne Bavière que la statistique criminelle relève le plus de blessures corporelles. A remarquer encore que les suicides sont bien plus fréquents en Saxe que dans l'Allemagne du Sud, et surtout que chez les nations latines. Aux grandes époques historiques, les caractères des psychoses ont subi certaines modifications.

L'*influence de l'éducation* est moindre que celle de la prédisposition. Des frères et sœurs qui ont été élevés séparément tombent parfois malades d'une façon tout à fait identique. Souvent les deux influences se combinent ; par exemple, l'enfant d'une mère hystérique peut à la

fois être atteint héréditairement et aussi être soumis, ce qui arrive presque toujours, à une éducation maladroite, nullement en rapport avec sa nature. Ce qui est encore pire dans cet ordre d'idées, c'est le cas extraordinairement fréquent de pères ou même de mères alcooliques, qui ont cette habitude, très répandue, aussi néfaste qu'immorale, de faire prendre des alcools à leurs enfants. Il n'est pas douteux qu'une éducation trop dure, sans joie, de même qu'une éducation trop douce, pleine de gâteries, exerce une influence défavorable. Tout aussi absurde est l'indifférence des éducateurs, qui bien souvent laissent pendant des années les enfants s'adonner à l'onanisme ou au mensonge, sans y prendre garde. Dans les établissements supérieurs d'instruction, on néglige trop souvent le développement des forces physiques, l'habileté manuelle et l'exercice régulier des organes des sens. En se préoccupant exclusivement de la culture de l'esprit, on nuit assez souvent à la vie de l'âme, autant qu'au développement d'une volonté personnelle et d'un caractère viril. Pour que, de toutes ces circonstances défavorables, naisse une psychose, cela suppose presque toujours qu'il y ait, en outre, une prédisposition particulière. Mais, étant donné que cette dernière est justement très répandue, on devrait d'autant plus prendre en considération toute spéciale les influences nuisibles que nous venons de mentionner et qui sont autant d'auxiliaires de la prédisposition.

Professions.

L'absence de profession est assez souvent le symptôme d'une anomalie intellectuelle. Les vagabonds se recrutent en grande partie parmi les imbéciles, les épileptiques, les alcooliques et les hébéphréniques. Certaines professions exposent à des dangers spéciaux : les aubergistes, les voyageurs de commerce de vins et spiritueux sont menacés de l'alcoolisme ; les artistes, les savants, les spéculateurs sont exposés à des troubles intellectuels par surmenage ; bien des professions qui exigent une vie mouvementée exposent à la syphilis. Mais souvent la disposition à subir une influence nuisible précède le choix d'une profession. Ainsi, certains individus ont une prédilection pour le métier d'aubergiste, parce qu'ils aiment à boire.

Il y a des maladies d'origine industrielle, qui entraînent des troubles psychiques ; par exemple, l'empoisonnement par le sulfure de carbone chez les ouvriers du caoutchouc, le rayonnement de la chaleur sur la tête dans les industries qui emploient des hauts fourneaux.

État civil. — Il y a un peu moins de troubles mentaux chez les gens mariés que chez les célibataires, ces derniers ayant souvent renoncé au mariage en vertu d'une disposition psychopathique.

Service militaire. — Le service militaire n'est pas une cause directe de troubles mentaux. Pourtant, des états psychopathiques qu'on n'avait point constatés auparavant se révèlent parfois pendant la durée du service militaire ; par exemple, l'imbécillité, l'épilepsie. Les troupes en campagne sont exposées à l'éclosion de maladies mentales par suite de fatigues, d'émotions, de traumatismes généraux ou cérébraux, de maladies fébriles. Il faut tenir aussi compte de la recrudescence possible de l'influence de l'alcoolisme et de la syphilis.

Régime pénitentiaire. — Environ 4 p. 100 des sujets internés dans les maisons de correction sont mentalement malades.

Autrefois, on parlait de la « folie pénitentiaire ». En réalité, il s'agit là de variétés morbides se présentant aussi bien ailleurs que dans les prisons.

Rudin a trouvé, sur 94 aliénés tombés malades en prison, 50 cas de démence précoce. Sur ce nombre, les uns avaient été atteints dans leur jeunesse d'une affection mentale aiguë, puis s'étaient lentement abrutis pendant une vie de vagabondage ; d'autres, des criminels habituels, ayant commis des crimes de bonne heure et ayant été souvent punis, étaient devenus malades en prison ; d'autres enfin, criminels d'occasion, sont tombés malades pendant leur détention.

De plus, Rudin trouve huit épileptiques, neuf alcooliques, trois hystériques, deux imbéciles et quatre paranoïques. Cet auteur a constaté, en outre, que dans 28 cas, à côté de la maladie fondamentale, se produisait un épisode hallucinatoire, avec prédominance des hallucinations auditives ; cet épisode disparut ensuite, tandis que la maladie fondamentale persista. C'est avant tout la détention cellulaire qui paraît provoquer cette complication épisodique.

Chez les épileptiques se produisent parfois, en prison, des accès subits d'agitation, ce qu'on appelle en allemand le *Zuchthausknall* (*accès subits* observés dans les maisons de réclusion).

[Marcé, se fondant sur les travaux de Sauze, de Lélut et de Baillarger, a émis dès 1862 cette opinion que les causes générales de la folie dite *pénitentiaire* sont indépendantes de l'emprisonnement et inhérentes non à la prison, mais aux prisonniers. Les faits suivants sont actuellement parfaitement démontrés : 1° Parmi les inculpés dont la folie est constatée dans la prison, il en est qui étaient malades au moment où ils ont été condamnés à la détention ; 2° des crimes et des délits sont trop souvent commis par des aliénés, au début de leur affection mentale non reconnue ; 3° beaucoup de prisonniers sont des aliénés atteints de débilité mentale ou d'imbécillité. De là, la nécessité de plus en plus urgente de soumettre tous les inculpés à un examen spécial au point de vue des fonctions psychiques.]

IV. — PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

A. — LES ÉLÉMENTS PSYCHIQUES

Le fonds de la conscience se compose d'un ensemble complexe, par l'analyse duquel nous arrivons à distinguer deux sortes d'éléments psychiques : 1° les éléments du contenu objectif fourni par l'observation, c'est-à-dire les *sensations*, puis 2° les éléments subjectifs, c'est-à-dire les *sentiments simples*.

Toute sensation possède deux *propriétés* essentielles : la quantité et l'intensité, qui nous renseignent sur le monde extérieur. Un son dont le nombre de vibrations égale 300 provoque en nous une sensation auditive qualitativement différente de celle produite par un son d'un nombre de vibrations égal à 320. Le sel de Glauber a, au point de vue de la qualité, un goût différent de celui du sel de cuisine. A la couleur marquée par la raie D du spectre correspond une autre sensation visuelle que celle produite par la raie E. L'intensité de la sensation aiguë produite par la détonation d'un canon est autre que celle que produit la décharge d'un fusil. A une solution de chlorure de

sodium à 10 p. 100 correspond une sensation de goût plus intense que si la solution est à 2 p. 100. A mesure que la lumière du jour diminue, l'intensité d'une seule et même couleur diminue aussi.

Quant aux rapports existant entre les excitations sensorielles et les organes périphériques correspondants, nous renvoyons le lecteur aux manuels de physiologie, de même que pour tout ce qui concerne la loi de l'énergie sensorielle, établie par les travaux de Jean Müller et de Helmholtz. Cette loi enseigne que, quel que soit le mode d'excitation d'un organe sensoriel, ce dernier ne réagit que par les sensations qui lui sont propres. Par exemple, un coup reçu sur l'œil ou un courant électrique appliqué sur cet organe provoquent toujours la même sensation optique : des éclairs.

L'excitation doit avoir une certaine intensité pour produire une sensation appréciable, correspondant à ce que les psychologues appellent le *seuil de l'excitation*.

Si l'on tire un coup de fusil à une distance de 3 kilomètres, nous pouvons bien voir la fumée de la poudre sans pouvoir, la plupart du temps, entendre le moindre bruit. A mesure que s'approche cette source d'excitation, on finit par atteindre le point (le seuil d'excitation) à partir duquel se dégage une sensation déjà appréciable. A mesure que l'excitation augmente, l'intensité de la sensation augmente aussi, d'abord vite, ensuite plus lentement, jusqu'à ce que, finalement, le point culminant de l'excitation soit atteint, c'est-à-dire un degré au delà duquel l'intensité de la sensation cesse d'augmenter, alors même que l'excitation deviendrait plus forte encore.

Par exemple, nous ne remarquons plus d'augmentation dans l'intensité du son quand un coup de feu est tiré d'abord à une distance de 6 mètres, puis à une distance de 3 mètres de nous.

L'augmentation de l'intensité de la sensation n'est nullement en raison directe de l'augmentation de l'excitation. La règle approximative qu'on peut établir à ce sujet est que l'excitation doit augmenter dans une proportion géométrique, pour que l'intensité de la sensation puisse augmenter dans une proportion arithmétique (loi de Weber).

Chaque sensation simple a comme troisième caractère subjectif d'être agréable ou pénible. Cet effet subjectif, ce

sentiment, présente à son tour une intensité et une qualité variables. Au point de vue qualitatif, on divise les sentiments en ceux qui font plaisir et ceux qui déplaisent, ou, comme on dit encore, en sentiments positifs et négatifs. La qualité du sentiment, que ce soit plaisir ou déplaisir, est en rapport avec l'intensité et la qualité de la sensation : des sons purs ou des couleurs pures, d'intensité la plus minime, n'éveillent aucun sentiment précis. Si l'intensité de la sensation augmente, on voit se produire un sentiment de plaisir, qui, au début, augmente, puis décroît jusqu'à ce que, finalement, le sentiment de plaisir se transforme en déplaisir en passant par une phase d'indifférence. En effet, une trop forte lumière du soleil éblouit. Une trompette dont on joue à 50 mètres de distance peut être agréable à entendre, mais tout près de notre oreille elle procure un sentiment pénible.

Dans le cas où le fond de la conscience se trouve altéré sous une influence morbide, il s'agit de troubles complexes, et la constatation d'un trouble isolé des sensations ou du sentiment n'est guère possible.

Les troubles élémentaires des sensations et du sentiment dont il est question ici dépendent, en grande partie, de l'altération des appareils nerveux périphériques. Telles sont, par exemple, les nombreuses hypoesthésies et hyperesthésies. Ces troubles peuvent être déterminés aussi par la voie psychique, par des idées ou des images mentales. Les troubles hystériques du sentiment et des sensations sont dans ce cas. Ils seront étudiés plus loin.

Ce qui importe davantage pour la psychopathologie, c'est l'analyse des *images psychiques*, qui peuvent se diviser en trois classes principales : 1° images mentales ou idées ; 2° sentiments ou émotions, et 3° volonté. Les idées sont des images mentales provenant des sensations. Les mouvements d'âme, dont les plus importants sont les manifestations affectives, émotionnelles et volontaires, constituent des images psychiques provenant également et avant tout des sensations. Mais les propriétés de ces dernières images sont toujours plus compliquées que la somme des propriétés des éléments sensitifs qui les composent. Par exemple, l'image mentale provoquée par l'accord *do-mi-sol* de la gamme du *do* majeur est quelque chose d'autre que la simple somme des sensations qui correspondent aux sons isolés de *do*, de *mi* et de *sol*.

On indique assez souvent comme schéma du processus psychique relatif à une simple action quelconque la série des éléments suivants : 1° excitation ; 2° sensation ; 3° représentation ou image mentale ; 4° mouvement.

Mais ce n'est là qu'une énumération bien incomplète. C'est ainsi que le côté émotionnel ou affectif du processus psychique paraît tout à fait négligé. De plus, régulièrement, au lieu *d'une seule* représentation mentale, il y a une foule de représentations plus ou moins complexes qui entrent en cause. On a souvent coutume d'expliquer cette série psychique par le processus matériel suivant : le stimulus venu du dehors influencerait d'abord un neurone sensitif dans la couche corticale du cerveau ; puis l'excitation partant de ce neurone se communiquerait, au moyen des fibres d'association qui se trouvent dans l'écorce cérébrale, à un ou à plusieurs neurones chargés d'emmagasiner le souvenir des sensations analogues ; finalement, l'excitation serait de nouveau transmise par des fibres d'association à un neurone moteur, à quoi succéderait le mouvement musculaire.

Le chemin parcouru par l'excitation depuis les organes des sens jusqu'à l'écorce cérébrale nous est certainement aussi bien connu, dans beaucoup de cas, que la voie suivie depuis le cerveau jusqu'aux différents muscles. Dans l'écorce cérébrale elle-même, nous connaissons aussi les portes d'entrée et de sortie de l'influx nerveux. Grâce aux remarquables travaux de Broca, de Fritsch, de Hitzig, de Meynert, de Ferrier, de Munk, de Wernicke, de Horsley, de Sherrington, de E.-H. Hering et d'autres, nous savons qu'une destruction ou une perturbation ayant pour siège le lobe occipital du cerveau met une entrave à la perception d'excitations optiques. De même, une destruction du lobe temporal du cerveau empêche la perception des excitations acoustiques, comme la destruction de la circonvolution de l'hippocampe supprime la perception des excitations d'ordre gustatif ou olfactif.

Nous savons en outre que la destruction de certains segments de la circonvolution centrale antérieure entraîne la paralysie des groupes déterminés de muscles, et que la destruction du segment postérieur de la troisième circonvolution frontale gauche produit de l'aphasie motrice. Le fait que les cellules pyramidales, dites *cellules motrices* ou *cellules de Beetz* (Voy. Pl. IV), cellules caractérisées

par leurs importantes dimensions, sont cantonnées exclusivement aux circonvolutions centrales, tendrait à prouver que ces circonvolutions sont chargées d'une fonction spéciale, à laquelle les autres parties de l'écorce ne participent point.

Quels sont les phénomènes anatomo-physiologiques qui constituent le processus matériel parallèle qu'il faut admettre à partir de l'excitation survenant dans les centres sensoriaux jusqu'au moment où celle-ci est transmise aux sphères motrices ? C'est là un problème pour la solution duquel nous ne possédons encore aucun point de repère suffisamment précis.

D'ordinaire, on explique que, pour la formation d'une idée, d'une image mentale, il faut que, en plus de l'excitation du centre sensoriel correspondant à l'image, il y ait encore excitation d'un grand nombre d'autres régions de l'écorce.

Ainsi, par exemple, pour former, à l'aspect d'une rose, l'image mentale de cette fleur, il faut avoir non seulement l'impression optique de cet objet, mais encore le souvenir d'impressions tactiles et olfactives correspondantes.

Toutefois, aucun schéma ne peut donner une idée suffisamment claire de la complexité du processus psychique. A cet égard, les divers essais faits pour démontrer par des schémas les régions de l'écorce cérébrale chargées de telle ou telle fonction, ainsi que les fibres destinées à ces régions, ne constituent encore qu'une série d'hypothèses. Constatons aussi que le terme de « fibre d'association », sous lequel Meynert a désigné les fibres tangentielles reliant les diverses régions de l'écorce les unes avec les autres, ne donne nullement droit de localiser le processus psychique des associations d'idées dans ces éléments anatomiques. D'ailleurs, Bethe et d'autres ayant réussi à démontrer que le cylindraxe de ces fibres d'association est composé d'un certain nombre de fibrilles primitives, on peut déduire de cette structure anatomique que la complexité de ces fibres au point de vue de leurs fonctions est beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement en anatomie cérébrale.

Dans l'étude des états psychopathologiques, nous nous occuperons principalement de divers troubles psychiques élémentaires. Tout d'abord, nous traiterons la question des *troubles de la perception*, par conséquent les *troubles*

du processus psychique, qui va depuis le moment où se produit l'action du stimulus extérieur jusqu'au moment où l'idée pénètre dans la conscience. Nous étudierons ensuite les *troubles de l'association des idées*; les *troubles de la sensibilité* et, finalement, les *troubles de la volonté.*

B. — TROUBLES DE LA PERCEPTION

La perception est la représentation mentale d'un objet qui influence présentement nos sens. Si l'objet de la représentation, au lieu d'être perçu, n'est que pensé, nous le nommons *image de souvenir* ou *notion de l'imagination.*

Les notions existantes dans la conscience, se présentan et disparaissant continuellement, ne sont pas pour nous à tout moment également claires, mais l'attention se porte tantôt vers l'une de ces notions, tantôt vers l'autre. Wundt a comparé ce rapport entre les perceptions et l'attention au champ visuel en disant que : « entre les notions perçues dans le champ visuel de la conscience, il n'en est jamais qu'une seule, ou quelques-unes seulement, qui pénètrent dans le point lucide de la conscience, dans la partie la plus claire de la conscience ».

Il désigne cet acte de l'attention sous le nom d'*aperception.*

Chaque notion résultant d'une perception est également modifiée par des éléments du souvenir. Quand, par exemple, nous lisons un mot, nous ne le concevons point lettre par lettre. Il se passe en réalité ceci : quelques lettres sont vues tout à fait clairement; d'autres moins distinctement; d'autres encore ne sont pas vues du tout, mais seulement complétées par le souvenir. Comme on sait, à l'endroit où le nerf optique entre dans la rétine, correspond, dans notre champ visuel, une tache noire que nous n'apercevons pas d'ordinaire, mais que nous comblons avec les éléments environnants. Ce procédé de suppléance la perception par des éléments reproduits à l'aide du souvenir est désigné sous le nom d'*assimilation* (Voy. p. 54).

La faculté de la perception dépend avant tout du caractère particulier et de l'état de la personnalité intellectuelle. La rapidité et la sûreté de la conception varient chez chaque individu; par l'exercice, on peut accélérer la perception. Il existe une série de substances, telles que l'alcool,

la morphine, le trional et d'autres narcotiques, qui nuisent au travail de la perception. Par contre, d'autres produits chimiques, comme les bromures, ne l'influencent pas. Une fatigue résultant d'un manque de sommeil de plusieurs heures est fortement nuisible à la faculté de la perception, et, par contre, un manque de nourriture pendant plusieurs jours ne l'est pas du tout.

Une diminution quantitative de la perception se constate assez souvent comme suite d'une lésion des appareils sensoriels, soit récepteurs, soit conducteurs, soit centraux. C'est ainsi, par exemple, qu'on constate l'abaissement et même la suppression de la vue par suite de l'atrophie du nerf optique.

La surdité d'origine périphérique comporte souvent une explication analogue.

Plus fréquemment se produisent des altérations qualitatives de la faculté de la perception. Rentrent dans cet ordre de phénomènes les ***illusions*** de perception chez les gens parfaitement normaux, illusions grâce auxquelles une impression extérieure est faussement interprétée. Ainsi, par exemple, on prend un léger coup frappé à la porte pour un coup de canon; ou, par suite de l'irritation déterminée par la vessie trop pleine, on se croit inondé. Toutes ces fausses perceptions constituent autant d'illusions. Il nous arrive aussi, dans la vie de tous les jours, de croire reconnaître une personne, alors que c'est une simple illusion. La certitude subjective peut, en pareil cas, être tellement grande qu'en lisant un mot nous croyons souvent avoir vu exactement certaines lettres qui n'y sont pas du tout. Celui qui dirige son attention dans une seule direction est facilement exposé à des illusions. Un collectionneur d'insectes, par exemple, prendra souvent de petits bouts de bois pour des scarabées qu'il recherche. C'est surtout à la tombée du jour, et dans le courant de la nuit, que de telles illusions se conçoivent.

Le *Roi des aulnes*, de Gœthe, présente un excellent exemple d'illusions dites *simultanées*, c'est-à-dire éprouvées par plusieurs personnes en même temps. C'est ainsi que sur un navire dont le cuisinier était mort, l'équipage tout entier crut voir ce cuisinier boiter sur les vagues, jusqu'à ce qu'on eut reconnu que le revenant n'était autre qu'une épave.

Certaines superstitions, comme celles qui se rattachent

aux légendes du grand serpent de mer, ou du moine de la mer, ont pour origine des aberrations analogues.

Chez les aliénés, on désigne sous le nom d'*illusions sensorielles élémentaires* les troubles qui sont localisés dans l'organe périphérique des sens. C'est ainsi que des bourdonnements et des tintements d'oreille produits par des battements artériels sont pris pour de l'eau qui coule, une inondation, le déluge. Des phénomènes endoptiques de la rétine peuvent conduire à des illusions visuelles comme les étoiles, les étincelles. De même aussi une lésion de la cornée produit la sensation visuelle d'un corps vitré, terne, ou de mouches volantes.

S'il survient un trouble dans le domaine des centres sensoriels, le malade éprouve des illusions qu'il sent lui-même être quelque chose d'étrange ; ce sont les *hallucinations* ou les *fantômes de la perception*. Il voit toujours les mêmes figures et les mêmes animaux, perçoit la même odeur, entend des paroles invariables, surtout des expressions qui se répètent d'une façon rythmique : « Viens donc ! viens donc ! » ou « Tue-le ! tue-le ! » Ce sont fréquemment des paroles de menace ou d'insulte : « Voleur, voleur, voleur ! » ou « Assassin, assassin, assassin ! » C'est surtout dans la folie alcoolique que se produisent ces sortes d'hallucinations.

De pures illusions, où la perception est faussée, s'observent dans beaucoup de psychoses. Une malade atteinte de catatonie voyait des moustaches sur les visages des autres malades. Un homme atteint de délire alcoolique, à la vue des pancartes portant les noms des malades avec les vêtements pendus à la tête des lits de ses compagnons, les prenait pour des corps humains et fit un jour une esquisse dont les diverses parties étaient dessinées telles qu'il croyait les voir. Ces illusions reposent sur le processus psychologique de l'assimilation.

Aux hallucinations dites *simples*, dans lesquelles il s'agit de perceptions très élémentaires (sons, apparitions de lumière, etc.), on oppose les *hallucinations complexes*, dans lesquelles il s'agit de paroles, de figures, souvent aussi de perceptions venant simultanément de divers sens.

Dans les **hallucinations** simples, il s'agit d'une irritation d'origine purement centrale : des images mentales de nature plus ou moins complexe sont reproduites avec la vivacité d'une image réellement perçue, et projetées dans

le monde extérieur. Certes, la distinction entre les illusions et les diverses sortes d'hallucinations est souvent embarrassante. Dans cette appréciation, il arrive plus d'une fois qu'on néglige certains éléments de perception. [Esquirol attribue le symptôme d'hallucination à des sujets qui ont l'intime conviction d'une impression réellement perçue, alors qu'il n'existe pas d'objets extérieurs susceptibles de la provoquer.] Griesinger désigne les hallucinations sous le nom d'*images d'origine subjective*, qui se projettent à l'extérieur et qui acquièrent une objectivité et une réalité apparentes; tandis que les illusions sont, pour lui, le résultat de l'altération d'une image réellement perçue par des éléments subjectifs qui viennent s'y mêler. Grashey admet qu'une erreur du jugement entre en jeu en même temps; il insiste sur l'augmentation d'intensité des images dégagées par les centres sous l'influence des excitations pathologiques.

Zicken admet l'hypothèse suivante : l'excitation partie d'une cellule du souvenir parcourt le chemin opposé à la règle pour parvenir à la cellule de sensation. En conformité avec cette théorie, on a donné, avec Kahlbaum, le nom de *réperception* à ces phénomènes psychiques.

Tout d'abord, il faut bien remarquer que des hallucinations ne constituent pas dans toutes les circonstances un symptôme d'une affection mentale. A. Lehman raconte que, dans une promenade, il vit une vieille femme avec des vêtements rouges, portant un enfant sur le bras et assise sur une pierre au milieu du gazon d'une bruyère. A plusieurs reprises, il essaya de parvenir jusqu'à elle, mais elle disparaissait toujours avant qu'il eût atteint la pierre; l'endroit était éloigné de toute habitation et il n'était pas possible que quelqu'un eût pu s'y cacher.

Artificiellement, on peut provoquer des troubles sensoriels, illusions ou hallucinations par la cocaïne, la santonine, la belladone. De plus, Jolly est parvenu, au moyen d'un courant galvanique appliqué contre l'oreille, à provoquer des hallucinations : tout d'abord, le sujet soumis à l'expérience entendit un son, puis une prière, et, finalement, il vit le corps de celui qui disait cette prière. Chez des naufragés, on a observé, dès le deuxième ou troisième jour passé dans une chaloupe errant à l'aventure, des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Que ces hallucinations eussent pour cause l'inanition, cela est peu probable

après les résultats des expériences de Weygandt dans lesquelles une abstention de nourriture, même pendant trois jours, n'a produit aucun trouble de la conception. Il faut plutôt admettre, dans ces cas, comme cause première, l'épuisement par l'insomnie, le surmenage, et sans doute aussi l'anxiété extrême des naufragés. Des illusions tout à fait isolées se produisent également chez des sujets extrêmement épuisés ou ayant de grandes dispositions aux troubles nerveux ; aussi, certains enfants y semblent particulièrement enclins.

Dans les maladies mentales, les hallucinations constituent un symptôme extrêmement fréquent. C'est presque uniquement dans les formes les plus graves d'idiotie et dans certaines variétés de *paranoia à évolution systématique*, en particulier dans le délire processif, que les hallucinations sont totalement absentes. Au point de vue du diagnostic différentiel, ces troubles sensoriels offrent un point d'appui aussi peu sûr que l'élévation de la température dans un grand nombre de maladies internes ou chirurgicales.

Le plus souvent, ce sont des **hallucinations de l'ouïe** (phonismes ou acoasmes) qui constituent le symptôme initial. On voit les malades se tenir debout, très attentifs, prêtant l'oreille pour guetter les impressions illusoires. Parfois, ce sont d'abord des bruits vagues, qui ultérieurement deviennent des paroles. Une femme alcoolique n'entendait, pendant des mois, rien du tout, sinon qu'on l'appelait clairement par son nom. Assez souvent, c'est non seulement le sens des sons qui change, mais encore le timbre de la voix qui diffère. Ce sont, par exemple, des voix de femmes ou d'hommes, ou les habitants du pays natal, parfois deux ou trois personnes qui parlent simultanément. « C'est comme au théâtre », disent quelquefois les malades. Généralement les hallucinés désignent ces troubles sensoriels comme étant des *voix* qu'on entend. Parfois, on dirait un chant ou de la musique, ou bien les voix ont un « son céleste ». Dans quelques cas, une seule oreille perçoit ces voix, mais le plus souvent ce sont les deux oreilles qui les entendent. Certains malades y prennent un plaisir silencieux. Ils écoutent leurs voix en souriant. D'autres en sont irrités, s'imaginent qu'on se moque d'eux, ont peur et veulent fuir devant l'hallucination. On voit des malades se plaindre de maux

de tête que leur occasionnent les voix. Ils cherchent alors à se boucher les oreilles. Un malade catatonique, pour se débarrasser des voix, se frappait la tête contre le mur. Il essayait aussi d'éloigner les voix en faisant des culbutes. Il n'est pas rare que les malades atteints d'hallucinations menacent leur entourage, auquel ils attribuent les voix qui les tourmentent. Quelquefois aussi les malades répondent aux voix, engagent même de véritables dialogues avec elles. Cette particularité a été remarquée surtout chez des paralytiques généraux.

Il arrive que le malade, projetant ses images auditives dans une direction tout à fait déterminée, attribue à ses voix une direction fixe. Il croit, par exemple, les entendre venir des coups du balancier d'une pendule, du bruit d'un fourneau chauffé, du son de la sonnette de l'appartement ; bien plus, il les perçoit quelquefois comme venant de ses pieds ou des pieds d'autres personnes.

Assez souvent les malades s'imaginent que tout ce qu'ils pensent, voient ou éprouvent, on le leur crie à l'oreille. C'est ce qui constitue le symptôme de la *pensée répétée à haute voix*. « Les voix expriment exactement, et toute la journée les pensées ou les histoires intimes, successives de chaque jour. »

Analogue à cela est le phénomène de la *double pensée*. Le malade, à côté de la marche ordinaire de sa pensée, croit entendre une seconde fois, sous forme de perception de l'ouïe ou d'*écho*, exactement tout ce qu'il pense. Ainsi, en lisant ou en écrivant, il *entend* les paroles correspondantes. Ce n'est qu'en lisant à haute voix qu'il fait parfois disparaître ces hallucinations. En d'autres cas, les hallucinations semblent faire au malade une première lecture à haute voix.

Les **troubles sensoriels de la vue** ne sont pas moins variés que ceux de l'ouïe. Ce sont tantôt des perceptions plus ou moins illusoires, tantôt de véritables hallucinations, soit élémentaires, comme les lumières, étincelles, étoiles, brouillards, soit complexes, comme des figures, de grandes scènes dramatiques avec des douzaines de personnages en action. Quelquefois, une figure ne se présente que comme une image ou un tableau, et, dans quelques cas, l'image est transparente. Dans d'autres, la vision se présente comme un être vivant et cache même les objets réels qui se trouvent derrière elle. Certaines visions

suivent les mouvements des yeux ; d'autres, par contre, se tiennent immobiles. D'ordinaire, quand on ferme les yeux, les hallucinations visuelles élémentaires persistent, mais les hallucinations plus complexes disparaissent. Uhthoff cite un cas où, à l'occasion d'une hémianopsie homonyme du côté droit, se produisit une hallucination optique dans la moitié défectueuse du champ visuel droit ; cela, évidemment, en raison d'une lésion ou d'une perturbation dans le lobe occipital gauche. On a en outre recherché si une hallucination optique peut être redoublée au moyen d'un prisme placé devant les yeux. Dans les premiers essais, l'expérience ne réussit pas ; mais le malade, après avoir vu des objets réels redoublés à travers le prisme, aperçut aussi en double les sensations optiques hallucinatoires.

Parfois, il survient pourtant chez le malade des doutes sur la réalité de l'hallucination. Ainsi, une femme atteinte de délire alcoolique, qui croyait voir des papillons et cherchait à les attraper, déclarait, aussitôt qu'elle avait serré les objets imaginaires dans sa main, que tout cela n'était pas réel.

La plupart du temps, les hallucinations produisent l'impression d'une complète objectivité, de sorte que des sujets instruits assurent dans leur convalescence qu'ils ont entendu les voix provoquées par leur affection cérébrale, aussi nettement qu'ils entendent actuellement parler le médecin. Parfois, les malades peuvent fixer leurs hallucinations visuelles en les dessinant.

Il faut mentionner aussi les ***hallucinations du goût et de l'odorat.***

Les aliments, disent les malades, ont un goût de sang, de poison. Dans la chambre il y a une odeur de roses, de soufre, de sueur ou de matières fécales.

Plus fréquentes sont les ***hallucinations tactiles.*** Le malade sent des attouchements, des fourmillements, des chatouillements, des picotements.

Les ***hallucinations thermiques*** ne sont pas rares non plus ; le malade trouve qu'il fait une chaleur étouffante, ou un froid glacial.

Les ***hallucinations d'ordre organique***, provenant des troubles sensitifs des organes, jouent aussi un grand rôle. Les malades croient qu'ils sont devenus plus grands ou plus petits, que les os leur sortent du corps, que leurs

entrailles sont desséchées, qu'il y a comme un courant électrique qui parcourt tout leur corps. Ces sortes d'hallucinations sont souvent extraordinairement tenaces. C'est surtout pendant la nuit qu'elles troublent les malades et qu'elles les mettent souvent dans un état de violente excitation. Les *hallucinations génitales* tourmentent aussi les malades d'une façon particulièrement pénible. Chez quelques-uns, les hallucinations de ce genre sont favorisées par des accidents morbides réels ayant pour siège les organes génitaux.

Une variété d'hallucinations, celles du ***sens musculaire***, a été observée récemment plusieurs fois. C'est sans doute à des troubles du centre moteur de la musculature des yeux que sont dus les phénomènes de micropsie et de macropsie grâce auxquels le malade voit tous les objets ou trop grands ou trop petits. Plus fréquemment, ce sont les centres moteurs du tronc et des extrémités qui sont le siège d'hallucinations. Le malade croit alors qu'il plane dans les airs ; il s'imagine s'élever ou s'abaisser dans l'espace ; il sent que son lit marche sur des roues ou qu'il est lui-même projeté par ici ou par là.

On observe aussi quelquefois des ***hallucinations motrices des muscles du langage*** : il semble au malade qu'il dit, malgré lui, telles ou telles paroles. [M. Séglas a étudié en France les hallucinations verbales psychomotrices.] On a contesté l'existence de ces hallucinations en objectant que, dans ce cas, ce sont des hallucinations de l'ouïe qui jouent le principal rôle. Mais cette objection tombe en présence du cas rapporté par Cramer : un sourd-muet qui avait appris à parler par signes et par paroles articulées présentait des hallucinations verbales motrices : il lui semblait qu'une parole était dite après qu'il l'avait déjà pensée lui-même. N'étant pas capable de concevoir l'image auditive d'un son, il devait donc nécessairement éprouver des hallucinations se rapportant à l'image motrice verbale.

Assez souvent, il s'agit d'hallucinations composées, comme on peut déjà le conclure de quelques-uns de nos exemples : les voix entendues paraissent appartenir à une personne aperçue dans une hallucination visuelle. Parfois les hallucinations composées ont pour origine des hallucinations simples. Ainsi, une excitation génitale persiste pendant des semaines ; finalement le malade croit voir la

nuit une femme errer autour de lui; simultanément, il s'imagine entendre ses paroles.

En outre, les diverses hallucinations alternent très souvent chez le même malade. Tantôt, il entend quelque chose; puis c'est une lumière qu'il aperçoit; plus tard, il sent une odeur de sang ou éprouve une sensation de chaleur.

On dit encore qu'une hallucination est *réflexe* quand, à une fausse impression dans le domaine d'un des sens, correspond une perception illusoire dans le domaine d'un autre sens. Déjà l'homme normal croit lui-même parfois ressentir la douleur, en voyant un autre homme se couper avec un couteau.

Certains malades se sentent remplis de la soupe qu'ils voient. Une femme est hors d'elle en entendant un bruit violent, par exemple une porte qu'on ferme bruyamment; cela lui donne des illusions de la sensibilité générale, qu'elle exprime quand elle se plaint « qu'on la brise ». Des ***hallucinations auditives réflexes*** proviennent d'états d'irritation du centre du langage.

Dans nos rêves, nous éprouvons souvent des phénomènes analogues. Nous voyons, par exemple, sous l'influence d'une légère douleur, la gueule d'une bête sauvage devant nous. Il m'est arrivé à moi-même, à l'occasion d'une douleur causée par la présence d'un grain de sable dans la conjonctive de l'œil, de voir, en songe, au milieu d'une surface rouge, un point couleur orange d'un vif éclat, dont la lumière éblouissante provoquait tout à fait la même douleur que celle qui, après mon réveil, était encore produite par l'excitation tactile de la conjonctive.

Sous le nom de ***pseudo-hallucinations*** (Hagen, Stoerring), ou d'*hallucinations de l'aperception* (Kahlbaum), [ou encore d'***hallucinations psychiques*** (Baillarger)], on désigne des perceptions sans objet, variées et mobiles, remplacées les unes après les autres : aux visages succèdent des figures, des pages imprimées, des fleurs, des personnages costumés. Ces images semblent se tenir devant les yeux, mais ne se trouvent nullement en rapport avec le champ visuel. Elles ne sont pas ordonnées dans l'espace et n'ont, en aucune façon, un caractère d'objectivité. Les malades en parlent quelquefois en disant qu'ils voient ces images « avec des yeux intérieurs » [ou « dans leur tête »].

Au point de vue du diagnostic différentiel, l'importance des troubles sensoriels n'a pas une valeur très considérable. Les plus caractéristiques sont encore les troubles sensoriels observés dans le délire alcoolique, où ils présentent ceci de particulier : ils surviennent ordinairement en masse. Il y a, par exemple, à la fois : fourmillement, souris, insectes, papillons, oiseaux. De plus, ces troubles se laissent modifier par la suggestion, et ne sont pas inaccessibles à la critique. Assez souvent, il est vrai, ce sont des scènes dramatiques auxquelles les malades participent, mais où ils conservent leur présence d'esprit, et où la connexion avec le monde extérieur se maintient. Nous avons déjà remarqué que dans la folie alcoolique se produisent parfois des hallucinations auditives rythmiques, et que quelquefois, dans la paralysie générale, s'engagent des dialogues avec les voix imaginaires. Les diverses formes de la « démence précoce » s'accompagnent très fréquemment d'hallucinations.

Le cocaïnisme détermine souvent des troubles sensoriels. Les hallucinations des hystériques ont ordinairement un caractère romanesque ; les cadavres de parents, l'image de la personne aimée, des policiers, y jouent un grand rôle. Les épileptiques, au contraire, ont, dans leurs délires, des hallucinations mystiques : ils voient des flammes de l'enfer, des anges, des diables ; le tout avec une prédilection pour la couleur rouge.

Il faut compter parmi les troubles de perception la tendance à passer vite d'une impression à une autre, tendance qui se montre dans des états de surexcitation, et plus particulièrement dans les états maniaques. Le terme d'*hyperprosexie* employé pour désigner cet état ne se justifie pas, puisque l'attention n'est nullement augmentée, mais au contraire diminuée, et que cette faculté pousse le malade, d'une manière fugace, vers chaque impression nouvellement perçue, sans qu'il soit capable de l'approfondir.

La faculté de perception se trouve augmentée dans certains états mentaux anormaux. D'autre part, il arrive que les organes périphériques des sens sont encore capables de fonctionner et que, à un examen attentif, on constate encore la capacité de percevoir des impressions détaillées. Cependant, le plus souvent certains malades n'aperçoivent que d'une manière extrêmement défectueuse les notions

qui pénètrent dans le champ de la conscience. Déjà à l'état normal, sous l'influence de la fatigue ordinaire, nous trouvons souvent difficile, à une heure tardive du soir, de suivre le développement d'une conférence théorique, que nous eussions sans peine compris dans l'après-midi. Sous l'action de l'alcool, de divers narcotiques (paraldéhyde, trional), et aussi du morphinisme, cette faculté de perception est affaiblie.

A la suite d'une forte fatigue, quelquefois au moment de nous réveiller ou bien à l'occasion d'une courte frayeur au moment de nous endormir, nous pouvons constater un commencement de la *désorientation mentale*.

Ce trouble, qui consiste en une incapacité de s'orienter dans la situation présente et d'ordonner les impressions dans l'espace et dans le temps, s'observe avec une très grande fréquence chez les aliénés. C'est avant tout dans l'épilepsie que se montrent des états plus ou moins graves d'obscurcissement de la conscience ; mais on en observe également dans les intoxications, les délires fébriles, l'hystérie, les états de stupeur, la folie à double forme, les psychoses par épuisement.

Quelquefois se produisent des états de *confusion mentale* dans lesquels les troubles de la perception se trouvent au premier plan ; on en constate dans la psychose polynévritique, la paralysie générale, la démence sénile, les délires toxiques et fébriles. Dans la stupeur catatonique, de même que dans la surexcitation maniaque, la perception des idées est souvent mieux conservée qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Par des *émotions* et des conceptions correspondantes, l'attention peut être dirigée exclusivement vers un seul ordre d'idées, par exemple vers des idées mélancoliques.

C. — TROUBLES DE L'ASSOCIATION DES IDÉES

Sous le nom d'*association* on comprend avant tout la liaison de deux idées entre elles. Pourtant la formation de l'idée résulte déjà elle-même de procédés de liaisons de sensations et d'impressions dans l'acte de la perception. Si les trois sons d'un accord résonnent ensemble, l'idée correspondante présente une nouvelle impression, qui est autre chose que la simple somme de ces trois sensations isolées ; en pareil cas, il est survenu ce qu'on appelle une

fusion. Dans l'idée, comme on l'a déjà indiqué, certains éléments composants sont souvent fournis par les impressions extérieures des sens, tandis que d'autres éléments qui viennent s'y joindre proviennent d'idées déjà acquises antérieurement par nous.

Cette sorte de formation d'idées constitue l'acte de l'*assimilation*. Par exemple, quand on entend prononcer un mot, on ne perçoit clairement d'ordinaire que quelques sons isolés, et l'on reconstitue les autres d'après les acquisitions mentales antérieures. Les illusions des aliénés représentent souvent le résultat d'une assimilation dans laquelle les éléments de reproduction sont *prépondérants*.

Wundt désigne sous le nom de *complications* l'association d'images psychiques d'espèce inégale. Par exemple, en parlant on sent pour ainsi dire vibrer, à l'unisson avec les vives images acoustiques des mots, la sensation du mouvement nécessaire pour l'expression de ces mots, et, s'il s'agit d'idées concrètes, on a, en outre, l'image optique du mot, et peut-être encore aussi la sensation du mouvement graphique correspondant.

La théorie des *complications* de Wundt s'appuie sur les constatations anatomiques dans les diverses formes des troubles du langage. Le relâchement et la perte de cet étroit enchaînement des images associées par le procédé de « complication » (troubles qui s'observent dans les cas d'*aphasie motrice*, d'*aphasie sensorielle*, de sénilité, etc.) ont été parfois désignés sous le nom de *dissociation*.

Les *associations successives* correspondent à ce que les anciens psychologues, et aussi quelques psychologues modernes (entre autres Ziehen), appellent tout court les *associations d'idées*. Ici se produisent successivement les deux idées liées entre elles par association : d'abord l'élément reproducteur, ensuite l'élément reproduit. Souvent la première idée est fournie par une impression sensorielle extérieure : on voit une pomme et l'on pense à Ève ; on entend un coup de feu et l'on pense à la guerre. En continuant d'appliquer le procédé à un troisième et quatrième élément, il peut se former toute une série d'associations.

Dans la vie normale, nous admettons comme tout à fait compréhensible et naturel que les idées se rangent uniquement d'après leur sens logique. A la vérité, ce n'est qu'en partie seulement que les associations se succèdent

d'après de purs rapports de sens, de coordination, de subordination, de rapports attributifs, de rapports de cause à effet et autres procédés semblables, comme par exemple dans cette série : « maison, — affaires, — commerce, — traité de commerce, — intérêt personnel, ou général ». Le plus souvent, c'est l'habitude ou l'exercice qui jouent un grand rôle dans ce travail d'association. On réunit des idées parce qu'on les a souvent trouvées unies dans l'espace ou le temps, comme : « eau, — poissons », « Pâques, — printemps ». Ou bien on réunit des idées parce qu'on les a souvent exprimées et parce qu'on s'y est exercé au point de vue du langage.

[Un Français fera, en vertu de ce procédé, l'association suivante : « *vessie*, — *lanternes* », à cause de ce proverbe très populaire : « Prendre des vessies pour des lanternes ». Il unira aussi souvent ces deux mots : « *Travailleurs*, *mer* » (Les Travailleurs de la mer).]

Çà et là on trouve, et cela même chez des personnes normales, une indication d'association d'idées, faite d'après la ressemblance des sons, sans qu'il y ait le moindre rapport de sens entre les deux mots, [par exemple lorsque quelqu'un, entendant parler de la ville russe *Charkow*, pense au savant Charcot].

[Des exemples de ce genre ne manquent point dans la conversation des Français, et souvent on peut voir figurer dans une série de phrases un groupe de mots comme : « maison, — saison, — raison, — la Malmaison »; ou bien : « table, — fable, — sable, — affable ».]

La tendance à ces *associations par assonance* se manifeste plus vivement dans les états de fatigue ou de lassitude, et aussi dans l'intoxication par l'alcool. On connaît le penchant que l'on a dans le degré initial de l'ivresse [et l'on peut s'en convaincre dans toute réunion animée où l'on boit] à faire des jeux de mots, des calembours et des rimes. Il s'agit là évidemment d'un relâchement dans l'enchaînement coordonné des pensées.

Un état de faim violente provoque aussi cet affaiblissement dans le travail de la pensée; après une abstinence de nourriture pendant soixante-quinze heures, j'ai pu établir 48 p. 100 d'associations par assonance. Çà et là le mot prédominant produit une association consonante, en apparence sans aucun lien, et amène ensuite un autre mot qui ne se rattache au mot premier ni par le sens, ni par le

son. Parfois aussi on observe le phénomène de la *paraphasie*, quand on dit un autre mot que celui qu'on voulait prononcer. [C'est ainsi qu'à propos du mot initial « République » j'associai le mot « Russie », au lieu de « France » que j'avais sur la langue, et quoique j'eusse devant les yeux l'image optique de l'empereur de Russie.] Partout ici il s'agit d'un relâchement de l'enchaînement associatif avec production des images motrices du langage mal appropriées, et dégagement trop facile des impulsions motrices.

Dans un groupe d'états morbides, ce relâchement est particulièrement accusé ; par exemple, dans les états maniaques. Une malade à qui l'on disait : « Vous suez, assurément » répliquait : « Oui, dans la sueur de ton front, autrement non ».

[C'est comme si, en français, on répondait à quelqu'un qui parlerait de « fourrage » : « C'est vous qui êtes fou de rage.]

On parlait devant une malade d' « isolement pour la nuit ». Aussitôt, elle interrompit : « Mariés pendant la nuit, nuit de noces, les étoiles brillent aussi la nuit ». C'est là un exemple d'enchaînement d'idées évoquées uniquement par un mot (*nuit*). C'est là-dessus que repose le trait fondamental de la *fuite des idées* dans les états maniaques. Les malades associent, dans leur besoin de parler, d'innombrables phrases qui n'ont qu'une relation tout à fait superficielle, en vertu de la volubilité du langage ou de la ressemblance de sons, et non point d'après le sens des idées; ils n'obéissent à aucune direction vers une idée déterminée comme but.

Dans une intense fuite d'idées se présentent, outre ces divagations continuelles [et cette « conversation par embranchement » (Joffroy)], encore plus souvent des associations par assonance jusqu'à ce qu'enfin les paroles soient enfilées sans le moindre lien, sans la moindre suite.

En voici un exemple :

Le 20 septembre, jour de la Septuagésime, xxe siècle, voilà ce que c'est quand on n'a pas les dates dans la tête ! 7 fois 8 ça fait ? parfait. Préfet. Buffet. Restaurant.

Aschaffenburg a trouvé, chez certains maniaques, jusqu'à 100 p. 100 d'associations par assonance.

Toutes les formes de ce besoin violent de parler ne se caractérisent pas exclusivement par ces divagations à l'infini. Il y a certains malades, en particulier les déments précoces, qui profèrent des discours dans lesquels on constate, avant tout, un retour fréquent de certaines idées et de certaines tournures de phrases ; ce qui constitue la *stéréotypie* du langage.

Chez d'autres, on trouve une suite d'expressions absolument décousues, sans liaison, même sans liaison d'association par assonance, une *incohérence* complète. De ce verbiage vide de sens, que Forel appelle *salade de mots*, avec ses mots *stéréotypés*, le sténogramme suivant fournit un exemple observé chez une démente précoce :

Bonjour, mon bon Jésus, beaucoup de plaisir pour tes très honorés parents et merci pour ta naissance... Tu sais aussi bien tenir les comptes, bon Jésus, tu me pardonnes mes péchés, tu es aussi l'instituteur et tu t'appelles Jésus-Christ; puis-je te demander ton saint nom, ou dois-je dire : « Je suis petit, mon cœur est pur » (premier vers d'un chant d'enfant)?... Tu es Juif, bon Jésus, et ta fiancée est Juive, tu l'as déjà eue et tu l'as embrassée dans ton âme, c'est ce que montre une colombe, mais le montre au miroir dans la chambre. Là, tu l'auras déjà embrassée, un verre où un miroir montre cela, tu es doré, bon Jésus, et tu as une fiancée en or, et tu as un esprit saint.

L'incohérence est encore plus marquée dans l'exemple suivant, où les phrases stéréotypées sont également frappantes :

Maintenant il faut que vous m'épousiez par amour, pour Dieu il faut que je l'essaie : frapper sur les joues *a b c d*, il n'a qu'à venir, ce sont comme un doute, et en voici d'autres ; maintenant cela dépend du bourreau, là où il a fait l'*a b c* ; mais il ne peut rien faire, maintenant je vais m'asseoir. Où est le petit jardin ? Voici la haie du jardin, voilà le cimetière, là nous sommes allés à l'école : mais avec la main il ne doit pas me frapper, je veux donc admettre que vous mon Charlot, maintenant retourne à l'école. Maintenant je vais te mettre en croix, c'est l'*a b c*, maintenant nous voilà dans le trèfle vert, une violette au matin ai-je comme dit à ma Mina, pourvu que nous puissions apporter une violette à notre

grande-duchesse, nous prendrons plaisir à lui balayer sa chambre, quoique je sois la petite fille au pauvre maître menuisier, il faut lui enlever ses lunettes...

Quelquefois ce sont des discours rythmés.

Parfois, les mots stéréotypés dominent tellement que certaines phrases sont répétées pendant longtemps. On aura une idée de cette *verbigération* dans ce qui suit :

Mon père a dit, il faut, il faut, il faut que je parte au loin, je ne pourrais plus jamais revenir, je ne pourrais plus jamais ; il faut, il faut, il faut, il faut, ils m'égorgent, je péris, il faut ; il faut, il faut, vous dis-je, il faut, il faut, il faut que je parte de la maison, là dedans il faut que je meure ; allons ! dehors ! allons ! dehors ! allons ! dehors ! allons ! dehors ! allons ! dehors ! je veux sortir, voyons, je veux sortir, voyons ! je veux sortir, partir, partir, laissez-moi donc sortir !

Assez souvent, les mêmes phrases sont répétées pendant des heures et pendant des jours ; c'est alors que la « verbigération » est complète. Une malade répétait sans cesse : « Je veux qu'on me donne mes vêtements » ; une autre, pendant des semaines, ne disait guère autre chose que : « Dieu ! oh ! Dieu ! » Il arrive quelquefois que les mots sont si altérés qu'il est impossible d'y trouver aucun sens : « Crucifié Krex, dans une maison de Krex » (Kraepelin). Dans les psychoses par épuisement se présentent parfois des associations par assonance qui n'ont absolument aucune signification.

En opposition avec ce relâchement, cette fuite automatique des impulsions motrices de langage, nous trouvons dans d'autres états, particulièrement dans la stupeur dépressive qui alterne souvent avec la manie, une sorte de paralysie de la pensée caractérisée par une grande difficulté d'associer et de lier les idées entre elles. Cela se manifeste déjà comme indication dans des états de fatigue intellectuelle normale, où nous trouvons parfois difficile de rédiger le moindre petit mot, qui, d'ordinaire, ne nous coûterait aucune peine. Dans les états de stupeur, le malade sent lui-même la peine qu'il a à coordonner ses idées et l'insuffisance de ses efforts. Souvent, de tels malades ne se prêtent pas à l'interrogatoire du médecin ; ils cherchent, au contraire, à s'y soustraire en disant : « Je ne sais pas ».

Une femme à qui l'on demandait de retrancher le nombre 3 de 100 autant de fois que possible, se mit à dire : « 100 — 97 — ; je ne puis pas y arriver. » (Allons! courage!) « 94. » (Allons! continuez!) « 91. » (Continuez! continuez! que vous ai-je demandé?) « Vous m'avez dit de compter depuis 100 à reculons en retranchant 3. » (Eh bien!) « Mon intelligence a beaucoup baissé. »

D'autres malades montrent, dans l'enchaînement de leurs idées, une extraordinaire prolixité et une accumulation de détails. Ce sont surtout les épileptiques qui, souvent, n'arrivent au bout de ce qu'ils ont à dire qu'après force digressions et bien des répétitions. Chez les personnes illettrées et chez des peuplades primitives, on peut constater des faits semblables et la même impossibilité de distinguer l'essentiel de l'accessoire.

Un certain trouble de l'association résulte de la présence d'*idées obsédantes*, d'idées qui s'imposent toujours et qui se glissent, parmi tous les autres enchaînements, en travers de la conscience (Voy. chap. XIII).

On a bien des fois prétendu que dans la fuite des idées le cours des images mentales est accéléré (Walitzkaja). Des observations d'Aschaffenburg, il résulte que ce qu'on appelle le *temps brut d'association*, représenté par le temps qui s'écoule à partir du mot évocateur jusqu'à l'énonciation du mot associé, et qui, chez l'homme normal, dure de une à deux secondes, n'est pas abrégé dans la *fuite des idées*.

Il semble que, chez les malades atteints de stupeur en même temps que d'arrêt de la pensée, il se produit un ralentissement dans le travail de l'association. Ce qui est certain, en tout cas, c'est que, dans la sphère des fonctions motrices du langage, il y a accélération chez le maniaque et arrêt chez le malade déprimé. On se tromperait si l'on concluait du bavardage et de la tendance à faire des jeux de mots à une augmentation dans l'association des idées, augmentation grâce à laquelle on deviendrait, pour ainsi dire, plus spirituel. Le vrai résultat de la « fuite d'idées » est : plus de paroles et moins de fond.

La *fonction de la mémoire* est en rapport étroit avec le processus de l'association des idées, le souvenir étant le renouvellement d'une idée qui avait été déjà auparavant dans la conscience. Plus la faculté de renouveler des idées antérieures est développée, plus la vie intellectuelle est

riche. Chez l'enfant, la faculté de reproduction est moins grande ; il oublie, par exemple, assez vite sa garde-malade, qu'il n'a pas vue pendant une ou deux semaines.

Dans l'étude de la mémoire, il faut distinguer :

1° La faculté de retenir autant de détails que possible, et surtout des détails essentiels d'une impression — ce que Wernicke a dénommé la *faculté de remarquer* ;

2° L'exactitude de la reproduction, ce qu'on appelle la *fidélité de la mémoire* ;

3° La durée des idées de souvenir, c'est-à-dire la *solidité de la mémoire.*

Le moment le plus favorable pour se rappeler une impression simple, par exemple un son, n'est pas immédiatement après que l'excitation a cessé de vibrer, mais ce souvenir augmente en précision si l'on attend entre l'excitation et la reproduction un intervalle d'à peu près deux secondes. Si l'on prolonge l'intervalle, nous retenons toujours de moins en moins exactement le premier son. Si une excitation quelque peu compliquée (telle qu'un groupe de nombres ou de lettres) se présente à nous pendant un court moment, Finzi admet qu'il est mieux reproduit trente secondes après la perception et non immédiatement après. Cependant, à mesure que l'intervalle se prolonge, la reproduction devient de plus en plus défectueuse. L'alcool nuit sensiblement à la justesse de l'empreinte des impressions et augmente à un haut degré l'altération du souvenir. De même, les bromures, la morphine affaiblissent la *faculté de remarquer* et de retenir les détails essentiels d'une impression. On remarque pour la mémoire des différences qui varient selon les individus. Certains s'orientent plus facilement d'après le temps, d'autres d'après l'espace. C'est surtout le souvenir des couleurs et des tons qui diffère extrêmement; on dit qu'on a la mémoire des mots, de la mélodie, des noms. Rarement la faculté de se souvenir des odeurs et du goût est très développée.

La privation de nourriture et de sommeil abaisse la faculté de remarquer les impressions nouvelles et la faculté de les reproduire par le souvenir. Dans le rêve, la reproduction des impressions est particulièrement inexacte : les impressions se dissolvent ou se décomposent par fragments; ce qui se reproduit encore avec le plus de précision, ce sont des états émotifs et cœnesthétiques ayant un caractère général.

Chez les aliénés, les *troubles de la mémoire* sont fréquents; mais on ne les observe pas toujours, tant s'en faut. Très souvent, la somme d'idées amassée antérieurement se conserve avec une extrême fermeté, tandis que la *faculté de remarquer* les nouvelles impressions est en souffrance.

Une absence complète de la mémoire, l'**amnésie**, est souvent le seul *point de repère*, le seul symptôme permettant de constater l'état d'inconscience, et il faut dire que ce n'est pas toujours un signe tout à fait sûr. Bien des fois, un sujet qui se réveille d'une profonde *narcose chloroformique* s'imagine qu'il est encore au moment où l'opération projetée doit être entreprise. L'idéation semble avoir été interrompue à partir du moment où la narcose a commencé. Mais il ne s'ensuit pas pourtant que tout travail cérébral ait été complètement suspendu pour cela; on a, en effet, observé que certains songes, qui semblent entièrement oubliés, au point qu'on se figure avoir dormi sans rêve, reviennent en mémoire à propos d'une occasion quelconque, ce qui prouve que, pendant toute la durée du sommeil, nous n'avons pas été complètement inactifs au point de vue psychique. Il arrive que, dans une forte intoxication par l'alcool, l'individu retrouve encore son chemin pour rentrer chez lui, fait un scandale quelconque ou prononce devant ses camarades un discours comique; toutes choses dont le lendemain il n'a plus le moindre souvenir.

Dans certains états morbides, il n'est pas rare de rencontrer une *amnésie rétrograde*, dans laquelle l'absence du souvenir remonte au delà de la période de l'état indubitablement pathologique jusque dans un temps où le malade possédait encore toute sa connaissance. C'est surtout chez des épileptiques que cette absence de mémoire rétrograde se montre en correspondance avec des attaques, des crises d'absence et les états crépusculaires de la conscience; mais on la trouve aussi après des ictus de la paralysie générale, les crises d'hystérie, après un choc psychique, une tentative de suicide, les traumatismes craniens, et souvent aussi à la suite de divers empoisonnements. Précisément ces derniers cas, dans lesquels l'action du principe nuisible est exactement fixée, prouvent bien que l'amnésie n'est pas un critérium sûr de l'absence de la conscience, puisque, même avant le moment de l'accident, il existait positivement une conscience encore normale. [Charcot rapporte un cas où une femme, à la nouvelle,

d'ailleurs fausse, de la mort de son mari, fut atteinte d'un délire avec hallucinations qui dura trois jours et à la suite duquel persista une amnésie pour les dernières six semaines qui avaient précédé la cause de la maladie.] Un malade de Alzheimer, après des attaques répétées d'épilepsie, perdit le souvenir pour ce qui s'était passé un an et demi auparavant.

La suspension de la faculté de reproduire des idées se trouve très nettement délimitée pour la durée d'une période morbide chez certains malades, en particulier chez les épileptiques. Chez eux, en effet, à partir d'une certaine heure bien déterminée, tout souvenir est intercepté. Mais fréquemment on observe, par intervalles, des fragments isolés de souvenir exact. C'est ainsi qu'un épileptique qui, dans un état crépusculaire de la conscience consécutif à une attaque, avait tué un enfant, racontait qu'il se trouvait tout à fait agenouillé sur un cadavre d'enfant.

Chez les hystériques, les états crépusculaires de la conscience peuvent exister, mais avec bien moins d'intensité. Pourtant, après de graves attaques d'hystérie, il peut se produire une amnésie totale. Weir Mitchell a décrit le cas d'une malade qui, après une attaque d'hystérie, tomba dans un sommeil de vingt heures, dont elle s'éveilla avec une amnésie totale : toutes les impressions lui étaient étrangères ; elle se comportait comme si elle venait de naître. Mais le souvenir lui revint cependant très peu de temps après. Une analyse précise des états épileptiques et hystériques permet d'établir différents degrés dans les altérations de la conscience.

Il existe des états plus persistants qui durent un temps parfois très long. Ainsi, par exemple, un malade a fait un voyage d'outre-mer et, à son réveil, n'en a gardé aucun souvenir, bien que, pendant toute la traversée, il se fût comporté tout à fait correctement. L'observation de pareils états a conduit à admettre qu'il existe une *conscience double*, ce qu'on définissait autrefois par les termes, vides de sens, de conscience *supérieure* et conscience *inférieure*. On se sert aujourd'hui du terme de *dédoublement de la conscience ou de la personnalité* pour désigner cet état mental.

A ce trouble de la mémoire se rattachent des cas comme celui qui a été rapporté par Azam (de Bordeaux) :

Une malade présentait une humeur maussade. Elle se

plaignait de maux de tête, était taciturne; presque chaque jour, après une crise d'excitation, elle entrait dans un état où elle laissait tomber sa tête et ses mains et semblait dormir pendant deux ou trois minutes. Après quoi, elle ouvrait les yeux, saluait gaiement son entourage, chantait, travaillait, vaquait à toutes sortes de soins et se comportait comme une jeune fille de quinze ans, gaie et insouciante. Au bout de trois ou quatre heures, elle retombait dans un sommeil de plusieurs minutes, pour revenir à son état mental morbide; plus tard, la *condition seconde* d'humeur gaie et normale persista pendant des mois, et elle finit par prendre le dessus sur son trouble cœnesthétique. Ces deux phases d'existence doivent être complètement séparées.

Pour les faits de ce genre, il faudrait plutôt chercher une explication psychologique et admettre une suspension de la mémoire pour une série d'impressions avec la reconstitution prédominante, exclusive des souvenirs pour une série d'idées d'un sens opposé. Déjà, à l'état normal, nous trouvons souvent qu'une personne se comporte dans l'exercice de sa profession d'une tout autre manière que dans sa famille ou dans la vie sociale. S'il arrive, par exemple, qu'en société on lui pose une question qui concerne sa profession, elle éprouve quelque embarras, elle fait un effort plus grand de mémoire, pour y répondre, que pendant les heures de ses occupations professionnelles. Si nous revenons après une absence de quelques années dans un endroit où nous avons autrefois séjourné, il nous revient aussitôt à l'esprit, sous l'influence du milieu, une foule de détails de l'ancien temps qui, depuis, avaient entièrement disparu de notre mémoire. Dans des états d'excitation ou de dépression, les groupes d'idées des malades sont très différents.

La vie pendant le rêve présente à cet égard une analogie particulièrement nette : en rêvant, nous nous souvenons quelquefois de songes antérieurs que, à l'état de veille, nous avions oubliés; bien des personnes ont pendant le rêve une foule d'idées sexuelles qui leur sont, à l'état de veille, tout à fait étrangères. La comparaison avec les états hypnotiques est, à ce point de vue, encore plus frappante.

Souvent le trouble de la mémoire se manifeste de telle sorte que la reproduction des souvenirs se trouve non

seulement plus ou moins diminuée ou supprimée, mais encore modifiée qualitativement. Il survient une falsification du souvenir, une *pseudo-réminiscence*. A ce phénomène se rattachent certains troubles de la perception, parmi lesquels il faut citer surtout la non-reconnaissance par le malade des personnes de son entourage habituel. Le malade prétend alors que tel ou tel individu n'est pas celui qu'il se dit être, qu'il lui ressemble sans doute, mais qu'il y a pourtant une différence, que le vrai personnage avait autrefois une tout autre expression. Une malade disait que tout le monde était changé, que les poulets aussi n'étaient plus les mêmes. Parfois, c'est la coordination des souvenirs d'ordre chronologique qui est particulièrement troublée. Ainsi, une malade se souvenait encore bien d'événements antérieurs, mais il lui était impossible de dire s'ils s'étaient passés la veille ou trois ans auparavant. C'est surtout dans la psychose polynévritique de Korsakow que, à côté du trouble de la faculté de retenir les impressions et d'autres aberrations du souvenir, s'observe nettement cette altération spéciale de la coordination chronologique des idées.

Quelques auteurs citent des cas d'*hallucination du souvenir* observés dans la paralysie générale, la démence paranoïde, la démence sénile ; on constate alors que les malades croient avoir vécu des événements déterminés, sans qu'il y ait le moindre fait qui justifie cette croyance. Les malades racontent souvent les histoires les plus invraisemblables sur leurs prétendus voyages ou aventures quelconques. Ils veulent avoir été partout, avoir assisté à tout. Chez les dégénérés, les hystériques, on observe bien des fois et très nettement cette tendance à inventer des fables et à faire des récits mensongers. Les épileptiques présentent également de ces pseudo-réminiscences. On a notamment observé chez des épileptiques des cas d'auto-accusation où le malade déclarait avoir commis un crime imaginaire quelconque.

La stabilité de la mémoire est déjà fort variable à l'état normal. Certaines personnes se souviennent encore du temps où elles avaient quatre ans ; d'autres ont à peine conservé le souvenir de leur dixième année. Des événements déterminés accompagnés d'impressions émotionnantes constituent dans la mémoire une pierre de démarcation autour de laquelle se groupent d'autres souvenirs. Déjà, le vieillard parfaitement sain d'esprit est un apologiste

du vieux temps. Les impressions de jeunesse sont encore profondément enracinées en lui, tandis que sa faculté de remarquer et de retenir de nouvelles idées est affaiblie. Les déments séniles oublient souvent les choses les plus simples : ils ne savent pas, par exemple, s'ils ont ou non déjà déjeuné. Une femme atteinte de cette démence se plaignait à un médecin qui venait de lui faire une injection que quelqu'un l'avait piquée. Les noms propres s'oublient relativement de bonne heure, de même que les substantifs, tandis que les verbes se retiennent plus longtemps. Finalement, le malade ne possède plus que quelques interjections ou des phrases complètement dépourvues de sens.

On a désigné sous le nom de *paramnésie* le trouble de la mémoire grâce auquel le malade croit qu'un événement récent a déjà été vécu par lui antérieurement : on ne peut lui apprendre rien de nouveau et tout lui paraît *déjà vu et connu*. On constate quelquefois ce trouble chez les neurasthéniques, les épileptiques. Mais l'individu normal peut observer ce phénomène sur lui-même à certains moments de lassitude ou de fatigue. Chez des aliénés, ce phénomène se constate souvent avec une grande intensité; on l'a même désigné, en Allemagne, sous le nom de *delirium palingnosticum*.

Un catatonique écrivait par exemple : « J'ai déjà été ici quand j'étais dans l'autre monde ; j'étais déjà près de toi dans l'autre monde ; comment était-ce déjà dans l'autre monde? c'est exactement comme dans celui-ci ; et c'est ici, comme c'est aussi ici. J'ai été traité ici comme un animal. »

La mémoire est encore souvent altérée dans toute une série d'autres états morbides. La direction unilatérale des idées chez le paranoïque, l'affaiblissement des facultés émotionnelle et d'aperception des malades atteints de démence précoce rétrécissent le champ intellectuel et empêchent l'utilisation d'un grand nombre d'idées acquises antérieurement. Il arrive souvent, en pareil cas, qu'à un examen approfondi on puisse encore tirer du malade des connaissances parfois très vastes, mais qui ne sont pour lui d'aucune utilité.

Les opérations psychiques les plus compliquées sont le *jugement* et l'*induction*. Pour ces opérations on a besoin non seulement d'une perception, d'une reproduction et

d'une association normales des idées, mais encore d'un acte de l'attention, c'est-à-dire d'une *aperception*. Quand nous établissons une relation quelconque entre deux éléments psychiques, comme dans cet exemple : « l'arbre est vert », nous accomplissons l'acte le plus simple du jugement. La comparaison entre deux idées est un acte d'aperception plus avancé ; vient ensuite la concordance et la distinction, et, enfin, les formes les plus compliquées du jugement : la synthèse et l'analyse. En tant que les idées élaborées de cette manière sont sorties directement du domaine de l'observation et peuvent être renouvelées en tout temps par des actes d'*aperception*, ou bien être confirmées par d'autres hommes, il s'agit de ce qu'on appelle le *savoir*. Nos idées sont d'autant plus incertaines et d'autant plus exposées *à l'erreur* qu'elles reposent moins sur des faits constatés par l'observation directe. A une grande partie de nos idées manque la base expérimentale, et pourtant nous croyons à leur justesse, tant qu'elles ne contredisent pas l'ensemble de notre fonds d'idées. Moins un homme est capable de comparer chaque idée prise isolément avec beaucoup d'autres, plus le domaine de la *foi* s'agrandit pour lui : de là vient que des races primitives et des enfants prennent une histoire quelconque qu'ils ont entendue raconter et qu'ils se sont représentée pour tout aussi vraie que s'ils l'avaient vécue personnellement. Quand les erreurs ne sont pas complètement redressées et qu'elles persistent, malgré leur contradiction constatée par l'observation, elles constituent des *préjugés*. Beaucoup d'opinions erronées résistent à tout enseignement, parce que certaines idées fausses reposent sur un *sentiment* auquel on attache une valeur plus élevée, et aussi parce que la paresse intellectuelle empêche bien des hommes de changer l'ordonnance de leur fonds d'idées.

Avant tout, la puissance de l'exemple d'autrui agit d'une manière suggestive, de telle sorte que les hommes sont influencés et rendus rebelles à toute critique par une sorte d'inoculation d'idées. C'est sur cette action des idées régnantes que repose la puissance extraordinaire de la *superstition* et des *préjugés*, puissance à laquelle sont soumis, dans un sens ou dans un autre, la majorité des hommes et presque toutes les femmes, même chez les peuples civilisés. La croyance en certains remèdes empiriques ou agissant par sympathie, la peur du vendredi,

du nombre 13, de cadeaux ayant une épingle, la croyance à l'influence d'un regard sur les femmes enceintes, sont des exemples de ces préjugés. Le pouvoir qu'exercent les idées enracinées explique l'impossibilité de guérir tant de gens de leurs opinions politiques, de leurs préjugés de caste ou de vanité, de leurs prédilections pour des choses inutiles, de leur goût pour des collections bizarres. Certaines professions, qui sont sous la dépendance d'un grand nombre d'influences extérieures, telles que celles des comédiens, des chasseurs, des marins, prédisposent tout particulièrement à la superstition. On connaît la peur du *mauvais œil*, du *malocchio* chez les Italiens, de même que la croyance à certains nombres qui portent bonheur dans les loteries.

La vie intellectuelle des peuples primitifs présente un mélange confus d'idées justes et d'idées erronées. Généralement, l'homme civilisé normal reconnaît, même dans ses erreurs et ses préjugés, la justesse de certaines objections et, tout en restant fidèle à ses idées mal raisonnées, il ne pousse pourtant plus l'erreur jusqu'à en tirer les conséquences extrêmes.

Mais s'il s'agit d'idées objectivement fausses, à la fois en contradiction avec l'expérience universelle et inaccessibles à toute rectification par des arguments, et si ces idées finissent par régler tous les actes de l'individu, elles forment ce qu'on désigne sous le nom d'*idées délirantes*.

Les idées délirantes proviennent d'états pathologiques profonds. « Ça me vient comme ça dans la tête », disent souvent les malades pour toute explication. C'est pourquoi les idées morbides ont en même temps une grande force de résistance à toute espèce de preuves ; les raisonnements sont, vis-à-vis d'elles, tout aussi impuissants que vis-à-vis des erreurs sensorielles. Le *moi* du malade repose sur le fonds d'idées délirantes.

Il nous faut rechercher de plus près la base des idées délirantes, leur nature, le degré de leur inexactitude et de leur ténacité, et l'influence qu'elles exercent sur les actes du malade.

Certaines idées délirantes semblent être nées spontanément, absolument comme une hallucination ou une erreur de la mémoire peut se produire sans aucun autre antécédent. Cependant, à un examen plus attentif, on découvre ordinairement chez le malade un trouble anté-

rieur dans son état cœnesthétique. C'est précisément cet état du *sentiment du moi* qui, déjà chez l'homme normal, règle la formation des idées d'une façon prédominante. Une seule et même impression, par exemple la visite d'un ami, est accueillie d'une façon différente selon qu'on se trouve fatigué, énervé, triste ou gai. De fortes émotions produisent souvent de nombreuses idées délirantes d'une nature correspondante. En outre, les illusions et les hallucinations, les troubles de la conscience, favorisent l'éclosion des conceptions erronées. Parfois, pourtant, même des impressions exactes (par exemple le fait de quelques personnes qui chuchotent) sont interprétées d'une manière délirante ; à ces interprétations se joignent ensuite des illusions et des hallucinations; le malade s'imagine alors que les personnes qui ont chuchoté ont parlé sur son compte, et il croit même comprendre ce qu'elles ont dit. Plus le délire est intense, plus le malade croit à ses erreurs sensorielles, tandis que dans le cas d'un léger trouble de la conscience il y a encore place pour le contrôle.

Même dans le rêve, il nous arrive parfois de douter de la réalité de ce que nous croyons voir et de déclarer que tout cela n'est qu'un rêve. Quelques idées délirantes ont leur base d'origine dans des impressions de rêve. Un affaiblissement intellectuel constitue également un terrain favorable pour les idées délirantes, comme cela s'observe dans la paralysie générale, la démence sénile.

De temps à autre, on peut constater un point de départ réel de l'idée délirante, ce qui n'exclut point l'existence d'un véritable état morbide à cause de toutes les conceptions erronées qui viennent se greffer sur l'idée première et de l'impossibilité dans laquelle on se trouve de raisonner avec le malade. Ainsi, l'idée d'un préjudice chez un persécuté-processif se rattache à une injustice réellement éprouvée, mais les conséquences que ce malade en tire peuvent pourtant être délirantes ; de même, un persécuté qui a des maux d'estomac peut interpréter d'une manière délirante l'impression exacte qu'il éprouve en croyant, par exemple, qu'il y a un homme couché dans son corps.

Le degré de l'écart qui existe entre l'idée délirante et l'idée juste est très varié. Un persécuté-processif appuiera parfois ses assertions sur des arguments logiques très difficiles à réfuter, tandis que des paralytiques généraux

raconteront qu'ils ont avalé des rochers en or, et des mélancoliques affirmeront que la fin du monde est arrivée.

Le degré de fixité des idées délirantes varie également. Des maniaques émettent souvent, par simple plaisanterie, des idées délirantes ; ils appelleront, par exemple, le médecin : « Votre Éminence », l'infirmière : « Madame la comtesse ». Mais, dès qu'ils sont dans leur état de surexcitation, ils donnent ordinairement à chacun son vrai nom.

Les diverses expressions des délirants se succèdent aussi variées que les illusions ou les hallucinations elles-mêmes dont elles dépendent souvent. Les idées absurdes des paralytiques généraux sont susceptibles d'être provoquées très facilement ; à des questions qu'on leur pose, les malades font parfois un vrai déballage d'idées délirantes toujours inédites. Le même fait s'observe dans la démence paranoïde.

Dans les diverses formes de la folie paranoïque, les idées sont plus tenaces ; elles le sont tout particulièrement dans le délire chronique à évolution systématique et progressif [Magnan], délire dans lequel nous constatons l'existence de l'idée fixe indéracinable, qui se développe lentement, progressivement, pour aboutir à un système de folie formant un véritable cercle vicieux et cuirassé contre toute objection.

La teneur des idées délirantes dépend presque toujours de l'état cœnesthétique dans lequel se trouve le malade. Au début de l'affection, le sujet commence souvent par surveiller trop attentivement tout ce qui se passe autour de lui. Il a le sentiment que tout le monde s'occupe de lui. Plus il observe et plus il croit qu'on fait des allusions à sa personne.

Toute conversation entre des personnes, tout rassemblement dans la rue, les notes publiées dans les journaux, tout se rapporte à lui. A l'état cœnesthétique déprimé correspondent des *idées d'humilité* ou bien des *idées hypocondriaques*. Le malade se considère comme indigne ; il ne veut plus qu'on lui dise « vous » ; il déclare qu'il est souffrant, malheureux, damné. A cela se rattachent les *idées d'influence nuisible*, *de préjudice et de persécution*, le malade attribuant la cause de ses malheurs à son entourage. Il est tourmenté, guetté, persécuté de toutes les façons. Assez souvent on observe des formes assez pures, de *délire de la jalousie* ou de *délire processif*.

Parmi les idées mélancoliques se trouve fréquemment la peur de s'appauvrir (*idées de pauvreté*) ; de plus, beaucoup de malades se croient eux-mêmes la cause de leur souffrance et de tous les malheurs possibles (*idées de culpabilité*) ; ou bien encore ils croient, dans leur complet dégoût de la vie et leur désespérance, que tout est fini et que rien ne subsiste plus (*idées de négation*).

Aux idées expansives correspondent les *idées de grandeur* pouvant affecter les formes les plus variées. Certains malades croient à la possibilité de la réalisation de leurs idées ambitieuses ; l'un se figure, par exemple, être d'origine noble ; un autre qu'il est sur le point de faire une invention. Chez d'autres, les idées de grandeur dénotent un affaiblissement intellectuel total ; il s'agit alors d'idées tout à fait absurdes : le malade se croit Dieu, ou propriétaire de milliards de navires, de diamants.

Il n'est pas rare que le même malade ait à la fois des idées dépressives et expansives. Il explique lui-même parfois ces dernières, en disant qu'un homme qui a observé autant que lui, et qui a été aussi gravement persécuté, doit nécessairement être quelqu'un de particulièrement important. On a essayé, d'après la nature des idées délirantes, d'établir des formes spéciales, comme le *délire de la transformation en animaux*, le *délire érotique*, le *délire religieux*, le *délire de persécution purement physique* et même, selon l'espèce de cette dernière persécution, on a voulu distinguer encore le *délire électrique*. Cette différenciation et cette nomenclature sont complètement inutiles. Il est clair que de nouvelles impressions s'amalgament très facilement avec les idées délirantes et en établissent le fonds. Ainsi, les journaux avaient à peine parlé de la découverte des rayons X que déjà bien des aliénés s'imaginaient être influencés par eux. Il est parfaitement vrai que les idées délirantes sont, dans quelques psychoses, au premier plan du tableau clinique ; mais, dans la plupart des troubles mentaux, ces idées n'ont pas plus d'importance pathognomonique que la fièvre n'en a, par exemple, dans une affection de nature tuberculeuse.

Ce qui importe avant tout, c'est d'établir jusqu'à quel point les idées délirantes indiquent un affaiblissement intellectuel, et aussi de constater s'il s'est déjà développé un système délirant irrémédiable.

L'influence des idées délirantes sur la conduite générale

du malade est plus ou moins grande. Plus ces idées sont en rapport étroit avec l'état cœnesthétique, plus elles sont enracinées et systématisées, et plus aussi est intense leur empire sur les actes du malade.

Les diverses formes du *travail intellectuel* (association, reproduction et aperception d'idées) peuvent être examinées et, pour ainsi dire, scientifiquement mesurées. Dans ce but, on fait exécuter au malade une série de problèmes intellectuels de difficulté progressivement croissante. Ces diverses épreuves permettent, par la constatation de la quantité de travail accompli dans l'unité de temps, de se former facilement une idée des aptitudes du malade au travail intellectuel. Nous voyons alors qu'au cours du travail la faculté de la *production* s'accroît d'abord, ce qui est évidemment l'*effet de l'exercice*; puis, ordinairement, au bout d'une demi-heure ou d'une heure le point culminant est atteint et la courbe redescend, par suite de *fatigue croissante*. Cette dernière est compensée surtout par le repos de la nuit, tandis que l'exercice peut encore avoir un effet consécutif pendant plusieurs jours. Dans l'idiotie congénitale, l'aptitude à l'exercice intellectuel est nulle ; elle disparaît souvent aussi dans certaines psychoses accompagnées de gâtisme ; la démence sénile, la paralysie générale, la démence juvénile sont causes de cette disparition.

L'ensemble d'idées et de sentiments qui constitue la notion du « moi » se développe chez l'enfant seulement dans le cours de la première année. Dans la plupart des psychoses, le « moi » subit dès le début un trouble profond : le malade s'occupe de sa propre personne beaucoup plus qu'à l'état normal. En même temps, les rapports entre le « moi » et le monde extérieur sont modifiés.

Les malades atteints de démence précoce deviennent de plus en plus indifférents à leur propre situation. Dans la paralysie générale et la démence sénile, l'altération de la conscience de sa propre personnalité est particulièrement profonde. Les épileptiques, en dehors des accès, ont la plupart du temps une notion bien conservée de leur personnalité ; ils ont conscience de leur affection et jusqu'à un certain point portent sur elle un jugement régulier.

D. — TROUBLES DES SENTIMENTS AFFECTIFS

Toute sensation est accompagnée d'une note cœnesthétique qui peut être tantôt un sentiment de plaisir ou bien un sentiment de déplaisir ; entre ces deux états se trouve une zone d'indifférence.

Wundt signale, en outre, dans l'ordre affectif, d'une part les sentiments de tension et de relâchement, et d'autre part les sentiments d'excitation et d'inhibition. Ces deux dernières manières d'être de l'état cœnesthétique présentent plutôt, à mon avis, une modification de l'acte de volonté et non de l'état cœnesthétique. Bien que nous ne puissions rien affirmer d'absolu au sujet des changements physiologiques qui se produisent dans l'écorce cérébrale parallèlement aux modifications de l'humeur, nous devons constater que ces changements se manifestent pourtant de la manière la plus claire par les effets qu'ils exercent [probablement par l'entremise du pneumogastrique] sur l'innervation du cœur, des vaisseaux et de la respiration. Se basant sur ces effets, on a même prétendu (Lange) que la disposition d'humeur et l'état affectif résultent des modifications survenues dans l'innervation de ces divers organes. Dans le sentiment de plaisir, le pouls est ralenti, mais plus ample ; dans celui de déplaisir, il est accéléré et affaibli ; dans l'état d'excitation, les pulsations sont plus fortes, et dans l'état d'inhibition elles sont plus faibles. Le sentiment de tension est accompagné d'un arrêt dans l'activité respiratoire, et celui de relâchement d'une accélération de la même fonction.

Nous désignons sous le nom d'*émotions* des phénomènes psychiques qui dérivent et se composent de sentiments affectifs. Un état durable d'associations de sentiments est ce que nous appelons *disposition d'humeur*. En particulier le sentiment intérieur de soi-même, ou la *cœnesthésie*, exprime l'état de notre humeur.

On nomme *sentiments esthétiques* des sentiments composés dans le domaine des sens de la vue et de l'ouïe.

Sous le nom d'*état émotionnel* ou *affect*, on comprend un ensemble de sentiments qui exerce sur nous un effet plus ou moins intense. Dans la normale, l'état émotionnel dépend d'abord de la disposition générale de l'humeur. Il

est subordonné ensuite à l'ensemble d'idées remplissant actuellement notre conscience.

Au point de vue pathologique, l'état émotionnel peut subir un trouble au point de vue de son *intensité*. Dans les cas de *diminution* de l'émotivité, le malade devient indifférent à l'égard de sa propre situation, envers ses proches, et, en général, pour tout ce qui jusque-là l'avait intéressé. Quand l'*état émotionnel* est au contraire *augmenté*, le malade est excité.

Ainsi, les violents accès de colère chez les épileptiques sont un exemple de cette augmentation dans l'intensité de l'état émotionnel. Les états affectifs avec dépression sont extrêmement fréquents ; ils alternent parfois soit avec l'indifférence, soit avec l'humeur gaie. Certains malades demeurent longtemps sous la domination de la sphère émotionnelle. Tantôt c'est un état émotionnel gai qui accompagne toutes les idées, tantôt c'est une combinaison de sentiment triste avec de l'angoisse ; souvent aussi, il s'agit d'une dépression combinée avec de l'excitation, donnant lieu à une humeur agressive. Il n'est pas rare que l'intensité de la dépression aille jusqu'au dégoût de la vie et jusqu'au suicide. L'état émotionnel gai est caractéristique pour la manie ; cette note gaie est tellement forte que les malades se mettent à rire en apprenant la nouvelle de la mort de leurs proches ; ils rient de leurs maux de dents, de leurs blessures. Chez les épileptiques, on trouve fréquemment un état de douce euphorie ; malgré leur lamentable position, ces malades se sentent contents et satisfaits.

La *sensibilité profonde générale* est très fréquemment troublée. Les malades perdent le sentiment de la faim et bien des fois refusent toute nourriture. D'autres fois, c'est le sentiment de la satiété qui fait défaut et les malades avalent gloutonnement tout ce qui leur tombe sous la main.

Le sentiment de la *douleur* n'est pas toujours accompagné de celui de déplaisir. Des fractures, des abcès, des blessures les plus graves se produisent souvent sans que les aliénés manifestent de la douleur. Une malade montrait en riant son doigt atteint de panaris qu'elle avait ouvert elle-même. Parfois, il est vrai, quelque insensibles que semblent être les malades, il s'agit exclusivement d'une incapacité d'exprimer la douleur. Un sujet atteint de stupeur, qui, depuis des mois, n'avait plus parlé, se mit

pourtant à gémir lorsqu'on lui enleva avec la cuillère tranchante les granulations d'une plaie déterminée par une brûlure.

Dans le domaine *sexuel*, on constate parfois de l'excitation génitale dans l'idiotie, la démence précoce, au début de la paralysie générale, dans la démence sénile et dans les états maniaques. Mais souvent le sens génital est diminué et éteint ; notamment, chez les hystériques, les besoins sexuels sont souvent nuls ; chez les morphinistes avancés et les paralytiques généraux survient habituellement l'impuissance. Nous parlerons plus loin des impulsions sexuelles.

On constate fréquemment des *troubles du sentiment esthétique* tout à fait au début de la paralysie générale et de la démence sénile, de même que des altérations des sentiments éthiques et religieux.

E. — TROUBLES DE LA VOLONTÉ

Un sentiment violent peut donner lieu à un mouvement instinctif. La faim pousse à la recherche instinctive de la nourriture, la peur conduit à des mouvements instinctifs de fuite ou de résistance. Les mouvements provoqués par l'activité des muscles sont tantôt *automatiques*, tantôt *instinctifs*, tantôt *volontaires* ou *spontanés*. Les *mouvements automatiques* ne sont pas accompagnés de phénomènes de la conscience. Ce sont, ou bien des *mouvements réflexes*, comme dans la contraction du quadriceps, qui se produit quand on frappe sur le tendon rotulien ; ou bien des *mouvements simultanés* ou *concomitants*, dans lesquels l'excitation motrice due à un réflexe ou à un acte volontaire s'étend sur d'autres nerfs moteurs. Ainsi, par exemple, la compression de la mâchoire accompagnant un fort serrement de main est un mouvement dit *simultané*. Sont également des phénomènes moteurs concomitants ces légers mouvements des muscles de la face ou d'une autre région du corps qui, même chez l'homme normal, accompagnent certaines idées. Les *mouvements instinctifs* sont des actes correspondant à un sentiment isolé, tandis que les *mouvements volontaires* sont le résultat d'un conflit de plusieurs sentiments. La distinction entre ces diverses sortes de mouvements n'est pas toujours réalisable d'une manière précise. Par exemple, le mouvement respiratoire

se fait généralement d'une façon réflexe ; il varie sous l'influence des émotions, mais il peut être accéléré ou ralenti par la volonté. D'un acte d'abord volontaire peut sortir un mouvement plus ou moins réflexe, par suite de l'exercice continu. Ainsi, chez un pianiste bien entraîné, les mouvements des doigts s'accomplissent d'une façon inconsciente.

La volonté subit chez les aliénés divers troubles. En premier lieu, il faut indiquer l'*excitation* de cette faculté qui est un symptôme extrêmement fréquent. Cette excitation se montre, dans bien des cas, accompagnée d'un trouble correspondant dans l'association des idées. Ainsi, dans la manie, l'excitation de la volonté se produit en même temps que la fuite des idées. Sous l'influence de cette excitation, le malade devient *irritable* et très *versatile dans ses réactions*. Chaque nouvelle émotion est pour lui une occasion d'excitation plus forte, tandis qu'en écartant toute impression nouvelle on calme plus ou moins le sujet.

Dans cet état d'excitation de la volonté, les malades ont toujours quelque chose à faire ; ce sont des actes par lesquels ils arrivent à décharger leur besoin de mouvement. Ce qui prouve que cette surexcitation n'est nullement une conséquence de la fuite des idées ou d'une mauvaise disposition d'humeur, c'est qu'il n'est pas rare de la trouver, chez ces malades, combinée avec un ralentissement de la pensée et avec de la dépression.

Chez un autre groupe de malades nous trouvons, au lieu de ce *besoin d'activité*, une excitation d'ordre automatique aboutissant à une décharge impulsive des fonctions motrices. Les malades atteints de démence précoce à forme catatonique présentent souvent des mouvements uniformes : ils inclinent la tête, remuent les bras, courent en tournant en cercle. Il en est qui s'agitent avec fureur, qui, tout en ne quittant pas leur lit, sautent en l'air, s'arrachent la chemise et se blessent. Chez beaucoup de malades, l'excitation va de pair avec des illusions et des hallucinations, bien qu'il ne soit pas facile de se prononcer d'une manière précise sur l'action réciproque de ces deux phénomènes. Chez beaucoup d'alcooliques, ce besoin d'agitation est certainement tout aussi primitif que les troubles sensoriels, puisque nous constatons déjà assez souvent cette activité maladive chez le buveur qui n'a pas

d'hallucinations. Quoi qu'il en soit, les troubles sensoriels conduisent fréquemment à des actes déterminés, par exemple à fuir, à chercher à attraper des insectes ou des souris. Ce qu'on peut dire, c'est que l'excitation motrice peut dépendre d'une émotion violente, comme cela se passe parfois dans la mélancolie. Ainsi, une femme fortement déprimée cria sans relâche pendant des mois si violemment qu'on l'entendait au loin, dans la rue. Les états d'excitation furibonde des épileptiques paraissent assez souvent se produire automatiquement, sans aucune participation de la conscience. En tout cas, il y a ordinairement, à la suite de l'excitation, de l'amnésie. Une légère excitation s'observe souvent chez les déments séniles. Chez les hystériques, le besoin d'activité et d'entreprises diverses dépend souvent de leurs conceptions délirantes.

Par opposition à cette excitation, il n'est pas rare de trouver une *diminution* plus ou moins accusée de la *psychomotilité* ou de la volonté. Quand ce symptôme est très développé, il peut se produire une impossibilité presque absolue de réagir, bien que les yeux ouverts du malade ou quelques faibles mouvements qu'il essaye d'accomplir prouvent qu'il n'est pas inconscient. Cette impuissance de mouvement, cette immobilité, est ce qu'on appelle la *stupeur*. Une partie de ces cas s'explique par l'indifférence et l'absence d'intérêt pour les impressions du monde extérieur ; par conséquent, on peut les considérer comme résultant de la faiblesse d'aperception. Dans d'autres cas, toute l'attention du malade est accaparée par les troubles sensoriels, par exemple par les voix, ce qui fait que d'autres excitations n'ont aucune influence sur lui. En pareil cas, il s'agit de ce qu'on nomme la *pseudo-stupeur*. Cependant, la plupart du temps, il s'agit dans ces cas d'un véritable trouble de la volonté.

En opposition avec le besoin d'activité du maniaque, nous trouvons l'*arrêt psychomoteur* accompagné d'ordinaire d'un sentiment de profonde dépression. C'est la *stupeur mélancolique*. Quelquefois, cet arrêt psychomoteur coïncide avec un état affectif gai, ce qui constitue la *stupeur maniaque*. Il s'agit en pareils cas d'un ralentissement de tous les mouvements. Les malades parlent à voix basse et lentement; ils hésitent en écrivant; parfois ils s'arrêtent tout court dans leur marche, puis recommencent et n'avancent que péniblement. Leur démarche est lourde,

les pas sont petits; ordinairement, le malade refuse de se lever et reste des semaines ou des mois au lit. Il faut le forcer à parler, à manger, souvent même à aller à la garde-robe.

Chez les catatoniques, on constate une autre forme de stupeur. Chez eux, l'absence de réactions motrices est souvent encore plus grande. Tandis que dans la forme d'arrêt psychomoteur on peut encore constater l'existence d'une réaction, quelque lente qu'elle soit, ici elle est quelquefois complètement absente ou bien se produit d'une façon mal appropriée au but. Souvent les malades ne clignotent même pas quand on approche de leur œil une pointe d'aiguille. Parfois on réussit, à force d'insistances, d'encouragements, de sommations, à provoquer une réaction, mais elle n'est que fugitive et se dissipe rapidement. Si un malade à l'état de stupeur doit compter de 1 à 20, il récite les nombres lentement et en hésitant. Mais un catatonique en stupeur commence par ne pas réagir du tout, et puis, à la sixième ou huitième invitation, se met à réciter rapidement toute la série des nombres demandés. Kraepelin a donné le nom de *barrière de la volonté* à ce trouble, dans lequel le mouvement initial est pénible, tandis que la suite de l'acte s'opère facilement. On trouve dans la *stupeur catatonique* les symptômes du *négativisme* et de l'*automatisme passif*, dont nous allons avoir à parler. Dans la stupeur avec *négativisme*, les muscles sont si fortement tendus que les bras et les jambes sont raides comme des planches et qu'aucune force ne peut arriver à les ployer; parfois survient dans ces cas une cyanose des extrémités et du visage. La distinction entre les formes de la stupeur avec arrêt de la volonté et celles de la stupeur avec interception de la volonté est très importante au point de vue du pronostic : dans le premier cas on peut espérer la guérison de l'accès, tandis que chez le catatonique on doit craindre la chronicité, l'incurabilité.

Dans la paralysie générale et la démence sénile, on constate parfois des états de stupeur accompagnés de troubles de la conscience. Dans l'hystérie ou l'épilepsie, des états d'impuissance de réaction ou de stupeur ne sont point rares également.

L'excitation et la stupeur sont des états qui peuvent s'observer chez le même malade. Ainsi, dans la catatonie, par exemple, on observe fréquemment aussi bien de l'exci-

tation impulsive que de l'interception de la volonté. De même, dans les états d'excitation alternant avec la dépression, la psychomotilité du malade oscille et passe du besoin d'activité à l'arrêt de la volonté. Dans l'intoxication par l'alcool, il survient d'abord une phase d'excitation, puis une phase de paralysie; les choses se passent de même dans l'intoxication aiguë par le chloroforme, l'éther, le chloral. Une intoxication chronique par l'alcool, la morphine et la cocaïne produit un affaiblissement profond de la volonté. Chez certains malades, nous trouvons en même temps une augmentation et une diminution de la psychomotilité : diminution, par exemple, pour la fonction motrice du langage et surexcitation pour toutes les autres fonctions motrices.



Fig. 5. — Femme neurasthénique, non aliénée, plongée dans le sommeil hypnotique.

Une autre forme de trouble de la volonté consiste dans la *suggestibilité* plus ou moins prononcée qu'on retrouve facilement chez les débiles, les alcooliques, les malades sous le coup d'états émotionnels violents ou de conceptions délirantes accompagnées ou non de troubles sensoriels.

Une augmentation de la suggestibilité existe surtout dans les états d'*hypnose*. Chez un grand nombre de sujets on peut, en écartant toute excitation extérieure et en insistant auprès d'eux, à l'aide d'exhortations pressantes, provoquer l'idée de s'endormir. La figure 5 montre une

femme plongée de cette façon dans le sommeil hypnotique. Dans ces conditions, la volonté se relâche et il n'entre dans la conscience du sujet en expérience que les idées éveillées par l'opérateur.

Chez quelques hypnotisés, la période de *somnolence*, pendant laquelle le sujet peut, par sa propre volonté,



Fig. 6 et 7. — Deux jeunes filles, non aliénées, mises en catalepsie par suggestion hypnotique.

se soustraire à la suggestion et refuser de s'endormir, est suivie d'une phase de *sommeil* plus ou moins profond pendant lequel on peut lui suggérer des idées, des troubles de la sensibilité, des actes même. C'est ce qui constitue l'*automatisme par suggestion*. Le sujet hypnotisé peut être mis à l'état de *catalepsie*, c'est-à-dire que ses membres demeurent dans toute position où ils ont été mis par l'expérimentateur, ainsi que le représentent les figures 6, 7 et 8. Il accomplit, en outre, par ordre, divers actes et mange, par exemple, des pommes de terre, persuadé que ce sont des

pommes. A l'égard des ordres qu'on lui donne, il se comporte comme un enfant ou comme un soldat. Il va même jusqu'à commettre des crimes qu'on lui ordonne de faire pendant son sommeil hypnotique. Bien plus, on peut suggérer des actes qui ne sont accomplis par le sujet qu'après le réveil, de même que les troubles de la sensibilité provoqués pendant le sommeil hypnotique peuvent persister au réveil. Ce sont là des phénomènes de *suggestion post-hypnotique*, sur laquelle repose l'application [à la vérité peu étendue] de l'hypnotisme à la thérapeutique (Voy. ch. x). On peut suggérer aussi la cessation d'actes habituels, comme l'abstention de boissons alcooliques, la renonciation à des sensations et à des idées. On fait ainsi ce qu'on appelle des *suggestions négatives*. On peut même, par suggestion pendant l'hypnose très profonde, produire une amnésie postérieure, c'est-à-dire suggérer l'oubli d'impressions postérieures au réveil. L'analogie de l'hypnose avec le sommeil et le rêve est assez grande. Chez des sujets névropathiques, les idées puisées dans les rêves les poussent aussi parfois à commettre des actes correspondants. A cet égard, on doit citer en première ligne les sujets atteints de somnambulisme. La seule différence c'est que, dans l'hypnotisme, il s'agit d'une influence venant du dehors. Certaines personnes suggestibles se laissent influencer même sans qu'il soit besoin de les endormir. Chez elles, on peut pratiquer la *suggestion à l'état de veille*.

L'*automatisme par suggestion* s'observe à l'état de veille chez des aliénés et même d'une façon assez appréciable chez des sujets sains d'esprit.

Des catatoniques, surtout ceux avec stupeur, manifestent, souvent à un haut degré, le phénomène de la *catalepsie* ou de la *flexibilité céréeuse*. Ils restent, par exemple, longtemps debout sur une seule jambe. Ils tiennent le bras horizontalement plus longtemps qu'ils ne pourraient jamais le faire par leur propre volonté. Un malade tenait pendant une demi-heure, avec le bras étendu, un poids de 14 livres. Les figures 9 et 10 sont des exemples d'attitudes cataleptiques chez les catatoniques.

Ces phénomènes cataleptiformes s'observent parfois aussi dans la stupeur de la folie intermittente, dans l'épilepsie, chez les idiots. De plus, c'est encore à cet automatisme par suggestion qu'est due la production des phénomènes dits *symptômes d'écho*. Un sujet imite auto-

matiquement les mouvements qu'on fait devant lui : contorsions, gestes, paroles; il présente ainsi des symptômes qu'on peut désigner par les termes d'*échopraxie*, d'*échomimie* et d'*écholalie*. L'échomimie s'observe souvent à l'état normal : un visage riant amène le rire sur d'autres visages et une expression sombre produit fréquemment un effet analogue. Peut-être l'effet contagieux bien connu du bâillement se rattache-t-il au même ordre de phénomènes.



Fig. 8. — Femme hypnotisée, en état de catalepsie.

L'écholalie n'est pas rare chez les enfants; cette tendance exerce même une grande influence dans l'étude des langues.

Parmi les aliénés, ce sont principalement les déments précoces sans agitation qui présentent ces divers phénomènes d'écho.

On retrouve également chez les catatoniques et les hébéphréniques une diminution anormale de la suggestibilité qui se manifeste en particulier dans le symptôme dit *néga-*

tivisme. Les malades, non seulement n'exécutent pas ce qu'on les invite à faire, mais encore y opposent de la résistance, ou bien font tout le contraire de ce qu'on leur demande. Ils retirent la main au lieu de la donner, ferment



Fig. 9 et 10. — Deux hommes catatoniques en catalepsie.

les yeux au lieu de les ouvrir, sortent du lit au lieu de se coucher. D'autres, comme les malades représentées par les figures 11 et 12, se cachent fréquemment en se couchant sous la couverture ou en se mettant dans un coin de la

chambre avec la tête enveloppée. Dans un certain nombre de cas de stupeur, le négativisme est très marqué, au point que les malades opposent une violente résistance à toute tentative de ployer leurs membres, qu'ils raidissent tant qu'ils peuvent. Dans les cas les plus accentués, il y a *négativisme actif*, un véritable effort de résistance active.

Précisément, chez ces mêmes malades qui présentent une altération profonde de la volonté, avec augmentation ou diminution de la suggestibilité, les actes isolés sont souvent caractérisés, soit par de l'uniformité, — ou la *sté-*



Fig. 11. — Femme catatonique avec négativisme.

réotypie, — soit par un manque d'adaptation au but ou par leur inopportunité. Ces derniers actes se caractérisent par les *parapraxies*, les *attitudes bizarres* et les *tics*. Les malades adoptent spontanément une attitude quelconque, qu'ils conservent pendant des heures et même pendant des journées entières : ils s'agenouillent, restent penchés hors du lit, ou les jambes en l'air, comme le malade représenté par la figure 13, mordent leur chemise, leurs cheveux, restent étendus avec un morceau de pain dans la bouche, allongent démesurément les lèvres, se livrent à des mouvements bizarres, comme dans la valse, faire des cabrioles, tourner

en rond, tambouriner, remuer la tête, grincer des dents. Les différents actes de la vie ordinaire, comme manger, marcher, saluer, sont exécutés d'une manière étrange. Ces manifestations seront décrites, avec plus de détails, dans la partie de l'ouvrage qui traite de la démence précoce (Voy. chap. XVIII).

L'état émotionnel s'accompagne de phénomènes physiologiques parallèles, non seulement du côté du cœur, du pouls et de la respiration, mais encore du côté des muscles. A cet égard, les réactions mimiques et pantomimiques sont surtout importantes à connaître. Chez beaucoup d'aliénés, les expressions mimiques correspondent à leur



Fig. 12. — Femme dans une attitude catatonique singulière.

état émotionnel, absolument comme chez des individus sains d'esprit; la seule différence est que chez les malades l'intensité et la durée de l'émotion sont généralement plus grandes. Dans l'état émotionnel gai du maniaque ou de l'alcoolique, les narines sont dilatées, les ailes du nez relevées, les paupières démesurément ouvertes et le regard est ordinairement fixe. Dans l'état émotionnel triste du mélancolique, les ailes du nez sont au contraire abaissées, les narines étroites, les paupières généralement demicloses, les yeux tirés en dedans; en outre, il se produit, par la contraction du muscle sourcilier, des rides verti-

cales du front, au-dessus du nez; à l'état de calme, le front est généralement ridé transversalement par la contraction du muscle frontal. Assez souvent on voit aussi, à la partie inférieure et médiane du front, des plis verticaux portant au-dessus des plis transversaux, de manière à former un T. La bouche, dans l'état émotionnel gai ou triste, est légèrement agitée et entr'ouverte. Chez les sujets déprimés, la bouche est fermée. Ses coins sont abaissés et la lèvre supérieure est légèrement tendue. Sous l'in-



Fig. 13. — Homme dans une attitude catatonique bizarre.

fluence d'une vive préoccupation pénible toute prête à passer à l'état d'*angoisse*, les divers muscles de la face sont contractés, les dents fortement serrées, le front se ride, tandis que le regard reste généralement fixe.

Chez un certain nombre de malades, l'expression du visage est altérée par des troubles d'innervation, comme une *hémiparésie faciale* ou une paralysie complète de toute la musculature de la face.

Quelques malades ont une expression du visage que nous chercherions en vain chez des sujets normaux.

C'est ici le lieu de noter l'expression résultant de la tension générale des muscles du visage chez les malades

catatoniques atteints de stupeur, et aussi l'expression créée chez ces malades par la paramimie et les tics des muscles de la face. En pareil cas, il ne saurait plus être question du principe des associations musculaires habituelles que Darwin établit pour une série de formes d'expressions et que Wundt admet aussi jusqu'à un certain point. Au contraire, les expressions du visage s'écartent ici qualitativement de toutes les conditions normales et paraissent être dénaturées en vertu de troubles primordiaux de la volonté. Ces attitudes des muscles du visage sont comparables aux parapraxies, aux attitudes bizarres et à certains actes de ces malades qui résultent d'une décharge motrice spontanée n'ayant aucun but.

On voit alterner, chez ces catatoniques, une grande variété de grimaces, de ricanements, de grincements, de clignotements, de spasmes de la bouche, de contorsions d'une partie de la face. Les lignes du regard, au lieu d'être convergentes, sont souvent parallèles. D'autres fois, les malades ne regardent jamais en face.

Certains sujets, fortement hallucinés, frappent par l'expression anxieuse de leur visage.

Chez bien des sujets les gestes expriment nettement l'émotion violente qui les étreint. Chez d'autres, on constate des tics, des gestes et des attitudes qui n'ont aucun sens.

Mais, bien souvent aussi, on ne trouve dans la mimique, les gestes et les attitudes des aliénés aucun signe qui puisse aider au diagnostic de l'état mental.

La *parole* est l'acte d'expression le plus complexe. Chez les aliénés on trouve :

1° Des troubles d'articulation, par exemple des défauts de prononciation chez les paralytiques généraux, comme l'achoppement des syllabes, la parole scandée (*dyslalie*) ;

2° Des troubles corticaux de la parole, se manifestant par les diverses formes d'aphasie, au sujet desquelles nous renvoyons aux traités de neurologie (*dysphasie*) ;

3° Des troubles de la parole, survenant à la suite de lacunes exclusivement psychiques, et portant principalement sur le sens du débit (*dyslogie*).

Beaucoup d'idiots présentent du *mutisme* d'origine psychique.

Les propos des aliénés dépendent des conditions dans lesquelles se font l'association et l'aperception des idées,

question que nous avons déjà traitée. La meilleure indication de ces conditions nous est fournie par les expressions parlées, beaucoup mieux que par des phrases écrites. Les malades ne s'expliquent que rarement eux-mêmes sur la façon dont leur pensée évolue. Quelquefois, cependant, ils déclarent que les pensées leur traversent la tête en masse et au galop. Mais, outre la teneur, il faut aussi tenir compte de la forme de l'expression. La fuite des idées chez le maniaque est ordinairement accompagnée d'un *besoin de parler*, qui à son tour réagit souvent, par l'intermédiaire de sons qui se succèdent rapidement, sur l'affaiblissement de l'association dans le phénomène de la « fuite des idées ». En pareil cas, c'est le son qui constitue l'élément causal de l'association. L'arrêt psychomoteur se manifeste avant tout dans le domaine de la parole, soit par le *mutisme*, soit par la parole chuchotée ou lente. Le *mutisme* s'observe très souvent chez les malades présentant des idées de négation. Il subsiste parfois encore longtemps comme une sorte de tic, après que le malade est revenu à l'état normal. Le *désordre du langage*, que Forel a désigné sous le nom de *salade de mots*, est dû, pour une bonne part, à une décharge verbale motrice qui s'accomplit sans association. Les attitudes stéréotypées et les actes incohérents ont une étroite parenté avec les expressions de langage où l'on constate aussi soit de fréquentes *répétitions*, des phrases ou des mots *stéréotypés*, soit des transitions brusques, *incohérentes*, soit enfin des *néologismes* plus ou moins longs et absurdes. [Un malade français a forgé, d'après Masselon, les mots suivants : « Coormenilmegehlation », « tradigiellaire », « endrametluables ».] On trouve des assemblages de sons inarticulés ne correspondant à aucun mot, par exemple : « dbudine de guegaga ». On entend même des phrases entières qui semblent prises dans des langues de création nouvelle sans aucun sens : « He gelodustuwaban wogahen alan li anlian, ah Dieu ! Kolangwi du glung wien zùner », etc. La stéréotypie du langage conduit souvent à la *verbigération*, à la répétition sans fin d'un même mot ou d'une même phrase.

Cette variété d'expressions du langage correspond complètement dans son essence aux autres déviations d'ordre moteur observées chez les malades atteints de démence précoce. C'est bien injustement qu'on avait

considéré ces tics et ces attitudes bizarres comme la conséquence d'ordres transmis par des troubles sensoriels. Quand on examine les tics analogues du langage, cette explication ne peut se soutenir, car il est impossible *a priori* d'admettre que, dans les décharges verbales motrices qui se produisent avec une grande rapidité, chaque mot et chaque phrase soient dictés par une « voix ».

L'*écriture* présente les caractères ataxiques chez les paralytiques généraux. Chez ces derniers, l'écriture est en outre tremblante comme dans la démence sénile et le délire alcoolique. De plus, on constate souvent par l'écriture des lacunes de la mémoire, des omissions ou des redoublements de mots ou de lettres, de la paragraphie. Les maniaques écrivent avec une rapidité toujours croissante et avec des lettres qui acquièrent rapidement des dimensions de plus en plus fortes.

Les malades déprimés écrivent avec hésitation, recommencent souvent et avancent péniblement. Chez les catatoniques, nous observons souvent une longue hésitation ; puis ils finissent par écrire couramment. On trouve souvent aussi des ratures, des barbouillages, des mots soulignés ou répétés un grand nombre de fois, des signes bizarres. Dans le dessin, on trouve également une répétition des mêmes lignes. Un malade, par exemple, dessinait des douzaines d'arcs de cercle remplis d'organes génitaux. Les épileptiques écrivent correctement, avec minutie ; leurs dessins sont extrêmement soignés, mais souvent banaux et sans goût.

Parfois la volonté est impuissante à réprimer une tendance violente à un acte. L'émotion dont ce dernier dépend est si puissante que les idées habituelles du sujet, qui pourraient l'entraver, ne peuvent rien contre lui. Déjà chez l'enfant et chez l'homme primitif, il est difficile d'opposer par des raisonnements une résistance à des passions violentes. Chez les aliénés, ce raisonnement est encore plus impuissant, les émotions et les désirs sont chez eux beaucoup plus intenses ; chez eux donc, nous nous trouvons souvent en présence de véritables impulsions, de *tendances morbides irrésistibles*.

Chez les épileptiques, on constate l'impulsion aveugle à courir, à frapper, à détruire. Les hystériques commettent d'une manière instinctive et impulsive des mensonges et des détournements. Les dégénérés manifestent parfois

l'impulsion au meurtre, à l'incendie, à d'autres actes criminels. Pour satisfaire l'instinct de la faim, le malade n'est arrêté ni par le dégoût ni par le raisonnement. On en voit qui avalent parfois des cheveux, des cailloux ou des excréments (*coprophagie*).

C'est sur le *terrain sexuel* que se manifestent particulièrement souvent des troubles de cet ordre. Tandis que les besoins sexuels de l'homme normal peuvent être plus ou moins facilement réprimés par lui, chez certains malades se déclarent des tendances à l'onanisme effréné, à des actes sexuels accomplis sur des enfants, des cadavres, des statues, le premier objet venu. Il s'agit alors d'une altération morbide de l'instinct génital, de véritables *perversions sexuelles*, comme la *pédérastie* ou la *tribadie*, la jouissance voluptueuse à frapper ou à se laisser frapper avant ou pendant l'acte génital, le *sadisme* ou le *masochisme*, la concentration du penchant sexuel sur un objet ou le *fétichisme*. Ces anomalies de l'instinct sexuel se présentent à titre symptômatique dans certaines affections mentales, et plus particulièrement chez les dégénérés (Voy. chap. XIII).

Enfin, signalons encore chez certains sujets la production d'actes qui parviennent à être exécutés en dépit de la conscience que leur auteur a de leur caractère morbide, et malgré les efforts souvent considérables qu'il fait pou y résister. Ce sont des actes forcés ou des *impulsions*. Se rattachent à ce phénomène le besoin de proférer des paroles inconvenantes (la *coprolalie*), de troubler des solennités, de mettre le feu (*pyromanie*), d'inscrire tous les noms, de tout compter (*arithmomanie*), etc., faits analogues aux idées obsédantes, aux phobies. Ces états de contrainte de la volonté constituent des symptômes qui s'observent dans diverses psychoses. Ils se manifestent d'une façon particulièrement remarquable dans le délire obsessif et impulsif.

V. — SYMPTÔMES PHYSIQUES

Les signes dits *de dégénérescence* ont été décrits aux pages 29 et suivantes. Les malformations du crâne seront traitées au chapitre *Diagnostic*.

Planche II. Fig. 2. — *Hématome auriculaire récent* chez un paralytique général.

Planche II. Fig. 1, 3 et 4. — *Hématomes auriculaires anciens*, après résorption de la tumeur sanguine locale.

Les symptômes physiques du côté du *système nerveux* sont particulièrement importants à connaître.

Des *paralysies* surviennent, en partie en raison du trouble psychique, par exemple les paralysies hystériques. D'autres paralysies se produisent à la suite de graves lésions organiques du système nerveux central. Telles sont les paralysies corticales chez les paralytiques généraux, les séniles, les porencéphales ; les paralysies consécutives aux lésions bulbaires et protubérantielles ; les paralysies déterminées par une lésion de la moelle épinière, comme cela s'observe quelquefois dans la paralysie générale. De plus, il existe des paralysies dues à des lésions des nerfs *périphériques*, notamment dans les *diverses névrites*.

Des *crises convulsives* s'observent dans l'épilepsie, l'hystérie, la paralysie générale et les affections organiques du cerveau. Dans l'épilepsie, les absences et les vertiges sont communs ; mais il s'en produit également dans la démence précoce, la paralysie générale et beaucoup d'autres affections mentales. Des manifestations telles que : crises convulsives, « arc de cercle », mouvements désordonnés, évanouissements, se rencontrent non seulement dans l'hystérie, mais encore isolément dans les états maniaques et au début de la démence précoce.

Des symptômes isolés d'excitation, comme les *soubresauts*, les *spasmes* de certains muscles ou des membres, peuvent s'observer non seulement dans des psychoses liées à des lésions cérébrales localisées, mais aussi dans la paralysie générale et l'idiotie.

Des *contractures* se déclarent soit à la suite d'une lésion organique du faisceau pyramidal, soit sous l'influence de l'hystérie, soit, enfin, par inactivité, comme cela se produit chez certains idiots et chez les malades atteints de stupeur.

On observe une série de *troubles de coordination* motrice de la parole ou de la motilité des membres dans des affections dues à des lésions organiques localisées du cerveau et dans la paralysie générale. On observe fréquem-

Fig. 1

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. [illegible]

ment dans la paralysie générale une démarche spasmodique ou tabétique.

Le *tremblement* se constate très nettement à la langue et aux doigts écartés. Il s'en produit souvent chez les hystériques. Les paralytiques généraux et les séniles ont un tremblement à forme plus lente. Les paralytiques généraux tirent souvent la langue par *saccades* et lui impriment des mouvements de balancement. [La langue tirée au dehors tremble en masse et exécute, selon l'expression consacrée (Magnan), des « mouvements de trombone ».]

Les alcooliques ont d'abord un tremblement à oscillations légères, latérales; ce tremblement devient, cependant, dans des cas avancés, d'une extrême violence, comme dans le *delirium tremens*, par exemple. Un tremblement à l'occasion des mouvements *intentionnels* se manifeste parfois à titre isolé dans la paralysie générale et surtout dans la sclérose en plaques. Les épileptiques présentent quelquefois un tremblement violent qui rappelle celui des alcooliques. Les intoxications saturnine, mercurielle, morphinique, tabagique, s'accompagnent également de tremblement. Des symptômes choréiques et athétosiques existent parfois chez des idiots. Le *nystagmus* est fréquent chez les paralytiques généraux.

Quelquefois, l'impulsion pour faire un mouvement *intentionnel* se transmet à d'autres muscles, de sorte qu'il se produit des mouvements associés internes qui s'observent principalement chez les paralytiques généraux et les déments séniles.

L'état [statique et dynamique] des *pupilles* est assez souvent troublé. La différence entre le diamètre des pupilles [leur inégalité] est fréquente dans la paralysie générale. Quelquefois, les pupilles sont extrêmement dilatées ou, au contraire, trop rétrécies. La réaction des pupilles à la lumière [le réflexe lumineux] est bien des fois lente, paresseuse ou même, chez bien des paralytiques généraux, supprimée. Chez les séniles et dans la syphilis cérébrale, on retrouve la même immobilité des pupilles, qui existe également chez les grands buveurs, chez des sujets à l'état de profonde ivresse, fréquemment chez les épileptiques à l'état de mal et quelquefois même chez des hystériques en attaque (A. Westphal). Les morphinistes ont ordinairement du myosis. Dans certains cas, les pupilles se rétrécissent pour, aussitôt, se redilater

Planche III. — *Escarres graves* dans la région fessière, à l'ischion et au scrotum chez un épileptique moribond avec incontinence des matières fécales.

de nouveau. Parfois, on observe des oscillations durables du diamètre des pupilles. Il est rare que le réflexe de l'accommodation soit altéré.

Une diminution du réflexe cornéen et conjonctival s'observe parfois dans l'hystérie. Fréquemment aussi, on trouve dans cette dernière affection l'absence du réflexe pharyngé. Les réflexes des membres supérieurs ont peu d'importance.

Les réflexes abdominal et crémastérien sont parfois affaiblis ou inégaux.

Dans un grand nombre de psychoses, les *réflexes rotuliens* sont plus ou moins exagérés. Chez les paralytiques généraux, cette exagération est la plupart du temps très prononcée. Cependant, il y a beaucoup de cas de paralysie générale où ces réflexes sont entièrement abolis. Parfois, le réflexe rotulien est supprimé par une affection intercurrente : le *tabes*, une polynévrite, une attaque de colapsus. Ce réflexe est parfois affaibli sous l'influence d'une forte intoxication alcoolique. Il n'est pas rare d'observer le phénomène du *clonus du pied*, en particulier chez les paralytiques généraux, quoiqu'il puisse se rencontrer aussi chez les déments séniles et chez certains épileptiques, hystériques et neurasthéniques. Les réflexes *plantaires* sont souvent affaiblis.

La diminution de la sensibilité à la douleur est un symptôme fréquent au début de la paralysie générale ; dans les périodes ultérieures de cette affection, on observe souvent une complète *analgésie*. Les *paresthésies* ne sont pas rares dans la neurasthénie, l'hystérie, la paralysie générale et les polynévrites.

La *céphalalgie* est fréquente dans la paralysie générale, la syphilis cérébrale, les états hallucinatoires très accusés, l'hystérie, la neurasthénie et l'épilepsie. La migraine s'observe de temps à autre chez les épileptiques. Les paralytiques généraux présentent parfois la migraine ophtalmique.

Les sécrétions salivaire et lacrymale sont ordinairement sous la dépendance des causes psychiques.

[Un malade de Guislain disait : « Je ne puis plus pleurer, mes yeux sont aussi secs que mon cœur ».]



Les malades qui souffrent d'un arrêt des fonctions mentales se plaignent parfois d'une sécheresse de la bouche.

La *tachycardie* s'observe principalement chez les agités. Dans les états de dépression, on constate, plus souvent, de la *bradycardie*. On trouve une augmentation de la *tension vasculaire* dans la dépression mélancolique et la stupeur et une diminution considérable de cette tension chez les paralytiques généraux avancés. La *pression sanguine* est diminuée dans les états de dépression, et augmentée dans la manie.

L'*artériosclérose* s'observe très fréquemment, particulièrement dans la paralysie générale et dans les affections mentales séniles ou préséniles.

On observe parfois, chez les aliénés, des *troubles de la température*. La fièvre peut être constatée chez des paralytiques généraux à la suite de complications, particulièrement à la suite de troubles vésicaux ou intestinaux, des ictus, des accès de violente agitation. Une température anormalement basse, pouvant descendre à 30° et même au-dessous, s'observe quelquefois dans la stupeur, l'agitation avec collapsus consécutif, la paralysie générale.

[Esquirol disait que la folie est une affection sans fièvre. Sous cette forme, la proposition est aujourd'hui inexacte. Les modifications de la température, en plus ou en moins, sont, au contraire, très fréquentes dans les diverses formes de la folie, surtout dans celles qui sont dues aux intoxications, aux infections et aux auto-intoxications. A côté des modifications de la température centrale, on a étudié en France (Auguste Voisin) les températures *locales* chez les aliénés : chez certains excités maniaques, par exemple, la température de la partie supérieure du corps peut être d'un degré plus élevée que la température de la partie inférieure.]

Les *fonctions digestives* et celles de la *nutrition générale* sont souvent troublées. La gloutonnerie, de même que le refus de nourriture, sont souvent des troubles d'origine psychique. Le poids du corps diminue chez beaucoup d'aliénés, surtout chez les agités et les déprimés. Les sujets qui s'acheminent vers la démence, les paralytiques généraux deviennent parfois obèses. Souvent, le poids des malades diminue, malgré l'alimentation la plus abondante, et tombe quelquefois de plus de 1kg,500 par jour. La diarrhée se montre quelquefois après une période de

constipation : parfois, il survient de l'atonie des muscles intestinaux avec un météorisme extrêmement prononcé.

Des *troubles de la vessie* sont fréquents dans la paralysie générale avancée. La rétention d'urine est, quelquefois, déterminée par une modification purement psychique, comme dans les états de stupeur ou d'hystérie.

L'*impuissance* survient chez les paralytiques généraux, certains crétins, les morphinistes, les alcooliques avancés



Fig. 14. — Escarre de gravité moyenne. Grâce à un bain quotidien prolongé de cinq heures, la petite ulcération disparut en quatorze jours et la grande se réduisit de moitié.

et les onanistes dégénérés. On trouve une excitation de l'instinct sexuel dans la débilité mentale congénitale et au début de certaines psychoses, comme la démence précoce, la manie, la paralysie générale, la démence sénile.

La *sécrétion urinaire* est souvent, comme toutes les fonctions d'ordre végétatif, plus ou moins diminuée chez les malades atteints de stupeur. On constate une augmentation de la sécrétion urinaire dans les affections dues à des lésions cérébrales localisées. Les recherches sur la composition chimique des urines des aliénés en sont encore à la période de début.

Dans les états d'épuisement et d'agitation, dans le délire

alcoolique, et quelquefois dans la paralysie générale, on trouve parfois dans les urines de l'albumine et des propeptones. On a établi d'une façon isolée la présence de sucre dans l'urine des sujets atteints de lésions cérébrales localisées. Des malades qui refusent la nourriture, et aussi certains paralytiques généraux, ont de l'acétone dans leur haleine et dans l'urine.

Des *troubles de la menstruation* s'observent fréquemment. Nous avons déjà parlé (p. 19 et suiv.) des rapports qui

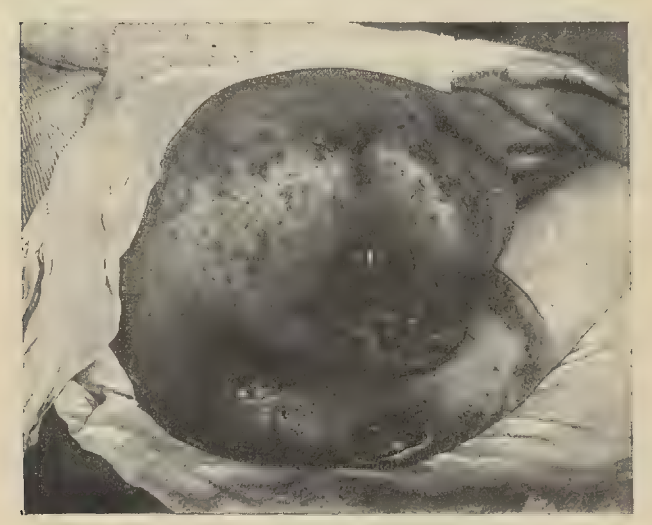


Fig. 15. — Escarre très grave.

existent entre les affections des organes génitaux de la femme, particulièrement les affections puerpérales, et les troubles mentaux. On trouve de l'aménorrhée chez des femmes atteintes d'alcoolisme, de morphinisme, de crétinisme.

La peau présente souvent des altérations pathologiques profondes. Avant tout, notons l'apparition de l'escarre, qui se produit ordinairement chez des malades très amaigris, à la suite d'un alitement trop prolongé et d'un manque de propreté. L'escarre siège, généralement, aux fesses (Voy. fig. 14 et 15), aux talons, aux coudes, à

l'ischion, au scrotum (Voy. pl. III). Cependant, on peut observer l'apparition d'escarres chez des paralytiques généraux, malgré tous les soins de propreté, et cela sur des régions du corps qui ne sont exposées à aucune compression. En pareil cas, il s'agit avant tout d'une modification profonde de la nutrition de la peau.

On observe souvent des tumeurs sanguines d'origine traumatique se produisant entre le périchondre et le cartilage : au niveau de l'oreille (hématome auriculaire), du nez, des côtes. Insuffisamment traitées, ces tumeurs sanguines peuvent donner lieu à des abcès. Habituellement, elles se résorbent lentement, en laissant une cicatrice plus ou moins difforme (Voy. pl. II, fig. 2, hématome auric. récent, et fig. 1, 3 et 4, hématomes auric. anciens).

[On admet généralement aujourd'hui, avec certains auteurs, et en particulier avec M. Magnan, que les hématomes auriculaires sont dus le plus souvent à des violences exercées sur la personne des aliénés. Loin d'être exceptionnelle, comme l'enseignaient encore quelques cliniciens il y a dix ou quinze ans, cette origine traumatique est commune. Actuellement, ces tumeurs sanguines sont très rares, parce que le traitement des aliénés est plus humain.]

Parmi les traumatismes, il faut signaler aussi la morsure de la langue, si fréquente dans les attaques d'épilepsie (Voy. pl. IX).

VI. — SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE ET MARCHE DE LA FOLIE

Les divers symptômes peuvent se ramener à des tableaux cliniques déterminés. Dans certains cas, un seul symptôme se trouve tellement prédominant qu'un examen superficiel pourrait faire croire à l'existence d'un trouble *isolé* de nature émotionnelle ou hallucinatoire, et que toutes les autres facultés du sujet sont normales. Cette manière de voir serait erronée. Assez souvent, il est facile d'établir qu'un trouble existait déjà depuis longtemps avant de se manifester comme un symptôme très accusé. Des idées délirantes et même des troubles sensoriels restent souvent cachés pendant des mois. Au lieu de se contenter de la constatation d'un symptôme isolé, il faut s'appliquer à la recherche d'un tableau clinique d'en-

semble, tenant compte de toutes les fonctions psychiques du malade. Ici, comme dans toutes les autres branches de la médecine, se confirme ce fait d'observation que le symptôme le plus apparent n'est pas forcément et toujours le plus essentiel ou le plus décisif pour le diagnostic.

Il faut, en outre, rechercher la cause qui, dans la plupart des maladies infectieuses, est constituée par un agent bactérien.

On sait, d'autre part, que l'évolution d'une maladie est d'ordinaire assez régulière et caractéristique. La nomenclature psychiatrique, en partie déjà surannée, ne permet guère de se prononcer sur l'évolution des variétés morbides qu'on ne peut déterminer qu'après une analyse clinique très approfondie. Ainsi, sous le nom de *mélancolie*, par exemple, on désignait souvent toute affection mentale dans laquelle un état cœnesthétique triste occupe le premier plan. Or, il y a des affections psychiques qui surviennent à l'âge d'involution et qui présentent cet état de tristesse pendant toute leur durée, en même temps que des signes d'un affaiblissement des facultés intellectuelles. D'un autre côté, il existe des états mentaux qui se caractérisent en apparence par une mauvaise disposition d'humeur semblable à celle que nous venons d'indiquer; or, à l'analyse du tableau clinique d'ensemble de ces états, on constate que la tristesse résulte ici d'un arrêt psychomoteur et d'un arrêt de l'idéation. Dans cette dernière forme clinique, l'évolution est absolument différente : les troubles mentaux surviennent ordinairement beaucoup plus tôt ; ils alternent avec d'autres troubles, et guérissent parfois en laissant une tendance à de nouveaux accès.

Chez d'autres sujets déprimés atteints de ce qu'on a appelé la *mélancolie avec stupeur*, ce qui frappe dès le début c'est, d'une part, outre une forte stupeur, le désaccord entre l'expression triste du visage et les lamentations, et, d'autre part, le vide, l'insignifiance des propos. A ces troubles s'ajoutent bientôt des illusions et des hallucinations, ainsi que des idées de négation et des tics. Ces malades passent encore par d'autres états, jusqu'à ce qu'ils versent dans la démence définitive.

Les malades excités sont souvent désignés sous le nom de *fous furieux* ou *maniaques*. La plupart du temps, l'état cœnesthétique de ces sujets est gai. Or, on en voit qui guérissent, parfois après un accès de dépression passagère avec

arrêt de l'idéation, et qui présentent une tendance à de nouveaux accès. On en observe d'autres, au contraire, qui s'acheminent vers l'*affaiblissement des facultés intellectuelles*. Or, les premiers présentent le phénomène de la *fuite des idées* avec désordre de la pensée; les derniers, au contraire, répètent les mêmes phrases d'une façon stéréotypée; leur langage est incohérent; ils ont la folie d'opposition ou du négativisme et se livrent à de nombreux tics ou grimaces. Il est tout aussi important de distinguer ces deux catégories de malades de la façon la plus précise, qu'il importe, par exemple, dans un cas de pneumonie, d'établir s'il s'agit d'une pneumonie catarrhale, diphtérique, tuberculeuse ou pesteuse. Nous avons déjà parlé des différences qui séparent la stupeur des divers états caractérisés par la faiblesse des réactions psychiques.

Souvent, on établit un diagnostic symptomatique, comme celui de *confusion mentale hallucinatoire*, pour des cas dans lesquels les malades présentent des troubles sensoriels, de l'insomnie et une désorientation apparente. Cependant, le diagnostic des illusions et des hallucinations n'est pas toujours facile à établir. En outre, la confusion mentale est souvent moins grande qu'elle ne paraît au premier coup d'œil. Un certain nombre de malades tombent dans l'affaiblissement intellectuel incurable après que des signes toujours de plus en plus typiques de la démence précoce ont fait leur apparition. Précisément, chez des sujets de cet ordre, il y a souvent moyen, malgré leur très forte agitation, de provoquer, à force d'insistance, des notions exactes d'orientation. D'autres malades, dont la confusion mentale est beaucoup plus accusée, sont sous le coup d'un facteur épuisant, et peuvent pourtant arriver à une guérison complète.

Nous avons déjà parlé du peu d'importance que présente le *délire* au point de vue pathognomonique. Ainsi, une excitation hallucinatoire et des conceptions délirantes variées dominent fréquemment dans le tableau clinique d'une paralysie générale. Or, ce qui permet de différencier cette dernière de tous les autres états morbides dans lesquels on peut observer des troubles délirants analogues, ce sont : le processus progressif de son évolution et la constatation d'un certain nombre de signes physiques.

Le terme *délire* indique un état de trouble dans la perception, avec désorientation accompagnée d'inquiétude

et de légère excitation. Dans les affections les plus variées, cet état peut se produire d'une manière intercurrente : dans la manie, la paralysie générale, la démence sénile, surtout dans les affections fébriles de nature infectieuse, dans l'alcoolisme. Le terme « délire » a, en lui-même, peu de valeur, s'il n'est pas accompagné d'une indication plus précise et, autant que possible, étiologique. [Pour les aliénistes français, le mot *délire* désigne généralement une perversion de l'entendement, qui fait que le malade associe des idées incompatibles, qu'il prend pour des vérités réelles.]

Sous le nom d'*affaiblissement intellectuel* ou de *démence*, on a l'habitude de désigner l'insuffisance dans le domaine de la reproduction des idées. [En France, le mot « démence » peut être entendu au sens juridique et vulgaire et au sens psychiatrique. Au sens vulgaire, « démence » veut dire : folie, aliénation mentale. Pour les aliénistes, ce terme n'a qu'une signification très restreinte : affaiblissement des facultés mentales. Dans ce livre, le terme est employé exclusivement au sens psychiatrique.] L'absence de notions les plus élémentaires, la faiblesse de la mémoire, constituent certainement des signes qui frappent le plus et qui sont le plus faciles à établir. Cependant, on trouve assez souvent des sujets intellectuellement affaiblis qui, à un examen plus attentif, font encore preuve de bonnes connaissances, qu'ils sont cependant incapables d'utiliser. Les malades sont devenus indifférents et dépourvus de toute initiative. Ceux d'entre eux qui présentent un arrêt dans le domaine des associations donnent aussi, souvent, l'impression de la démence. Pourtant, on devrait, en ce cas, éviter ce dernier terme, puisqu'il s'agit ici d'un trouble dont souvent les malades ressentent eux-mêmes le caractère morbide. D'autre part, il s'agit chez ces malades d'une insuffisance mentale passagère qui peut se terminer par la guérison. Au reste, les états d'affaiblissement mental se présentent dans les affections psychiques les plus différentes à titre de symptômes. Bien souvent aussi, cet affaiblissement caractérise la période finale. Ce n'est que par une analyse précise du genre d'affaiblissement intellectuel qu'il est possible de conclure à la nature de l'affection en présence de laquelle on se trouve.

La plupart des troubles mentaux *débutent* d'une façon

insidieuse, par une altération du sentiment intime de la sensibilité générale. Quelquefois, ils commencent d'une manière aiguë ou suraiguë.

Un certain nombre de sujets se rétablissent en peu de semaines, même en quelques jours ou en quelques heures. Généralement, cependant, la *guérison* n'arrive qu'au bout d'un temps très long. Chez quelques malades, la forme de l'affection reste longtemps stationnaire ; chez d'autres, l'état mental varie et évolue lentement, et, parfois, d'une façon systématique. Un tiers environ de tous les cas qui sont traités dans les asiles se termine par la guérison. Il existe des malades pour lesquels la possibilité de la guérison n'est pas encore exclue, même après six ou sept années de durée de l'affection mentale. Pour la guérison, outre la disparition des symptômes morbides directs, il faut encore qu'il survienne une conscience durable de l'état morbide. Il faut remarquer d'ailleurs que, parfois, il peut se produire de bonne heure une conscience de l'état pathologique. De plus, pour que la guérison soit stable, il faut que le poids du corps ait atteint de nouveau son taux normal. Certes, il reste souvent une *disposition* à de nouvelles rechutes. Il existe des affections psychiques qui surviennent périodiquement, avec une régularité plus ou moins grande, avec des intervalles de santé d'une durée indéterminée. [Rentrent dans ce groupe toutes les variétés de la « folie intermittente » : périodique, à double forme, alterne.] Chez d'autres malades, les accès délirants peuvent se renouveler sous l'influence du retour des mêmes causes morbides, comme dans les intoxications, par exemple. En pareil cas, la rechute est quelquefois favorisée par une disposition acquise à l'intoxication : ainsi, un buveur peut guérir d'un accès de délire alcoolique, mais il reste sous le coup de son penchant à l'ivrognerie. Parfois, le malade redevient capable de retourner dans sa famille, et même de reprendre sa profession ; ses proches le regardent naturellement comme guéri, tandis que le médecin peut encore constater chez lui l'existence des signes mentaux morbides.

Assez souvent, la guérison survient en laissant un affaiblissement plus ou moins profond des facultés intellectuelles. Fréquemment, l'affection mentale se *termine* par la *démence complète, définitive.* On parle parfois de *démence secondaire*, par opposition au processus qui vient d'être

indiqué. Cette distinction n'est pas fondée, puisque, même au cours de la démence dite « secondaire », les accidents mentaux antérieurs peuvent se reproduire et indiquer ainsi la persistance de troubles cérébraux anciens. Même au cours des démences acquises ou congénitales qui persistent toute la vie, on peut observer, assez souvent, des oscillations. Les malades tombés dans la démence peuvent arriver à un âge avancé, tout aussi bien que les sujets atteints d'affaiblissement intellectuel d'origine congénitale.

Pourtant, la *mort* est une terminaison fréquente dans les affections mentales. La mortalité des aliénés est à peu près cinq fois plus grande que chez les sujets normaux. La paralysie générale et la démence sénile sont toujours mortelles; elles le sont fréquemment, il est vrai, sous l'influence des affections *intercurrentes*, telles que l'escarre, la septicémie, la pneumonie, les ictus divers.

Le *suicide* peut survenir dans la plupart des affections psychiques. Cependant, toutes les variétés de la mélancolie sont, à cet égard, particulièrement dangereuses, [surtout au début de ce syndrome].

Divers traumatismes peuvent déterminer la mort, surtout quand leur traitement est rendu difficile par l'excitation du malade. Contre le refus de nourriture, on emploie avec succès l'alimentation par la sonde, mais l'effet de cette intervention est, dans certains cas, rendu illusoire, quand les malades revomissent aussitôt les aliments qui leur ont été introduits. Parfois, l'excitation persistante amène une déchéance physique et la mort. Beaucoup d'épileptiques meurent au cours ou à la suite d'un état de mal comitial.

Dans certaines affections mentales (la démence précoce, même la paralysie générale), il se produit des améliorations très notables, mais sans stabilité, et qu'on appelle des *rémissions*.

Les aliénés sont enfin exposés à contracter une série de *maladies intercurrentes*, qui surviennent chez eux plus facilement et évoluent plus sévèrement que chez les sujets normaux. Autrefois, la tuberculose sévissait, dans les asiles d'aliénés, avec une fréquence environ cinq fois plus grande que chez les individus sains d'esprit. Aujourd'hui, grâce à une organisation plus hygiénique des asiles d'aliénés, la tuberculose ne s'y produit pas beaucoup plus souvent que chez les sujets normaux. En Prusse, la

tuberculose est pour 16,6 p. 100 dans la mortalité des aliénés.

Les malades en état de stupeur sont menacés de pleurésie et de pneumonie hypostatique. Rappelons aussi les dangers que présentent les escarres et la gangrène pulmonaire, qui apparaît parfois par suite de pénétration des aliments ou d'autres corps étrangers dans les voies respiratoires.

VII. — DIAGNOSTIC DE LA FOLIE

Les commémoratifs sont de la plus haute importance en médecine mentale. Comme le malade ne peut ordinairement pas les fournir lui-même, il faut les recueillir auprès de son entourage. Mais, là encore, des difficultés surgissent, soit parce que les parents eux-mêmes sont des anormaux, soit parce qu'ils cachent certains détails, soit, enfin, parce qu'ils ajoutent à leurs renseignements des appréciations plus ou moins fantaisistes sur la cause du trouble mental.

En ce qui concerne les *antécédents héréditaires*, on doit, autant que possible, obtenir des renseignements sur les parents (directs et collatéraux), d'après le programme suivant :

1° *Père.* — Age ; profession ; constitution physique, caractère, intelligence ; maladies constitutionnelles (syphilis, tuberculose, diabète) ; troubles mentaux ; affections nerveuses (épilepsie) ; alcoolisme ; âge auquel ces accidents sont survenus ; leur durée, leur terminaison ; tentatives de suicide avec l'indication de l'âge ; mort par suicide ; délits ou crimes ; condamnations ; peines.

2° *Mère.* — Mêmes questions que pour le père ; en plus : grossesse et accouchement relatifs au malade, particularités de leur évolution.

3° Le degré de parenté entre père et mère.

4° *Enfants de l'aliéné.* — Leur nombre, sexe, âge, état physique et mental.

5° *Collatéraux paternels ou maternels.* — Cas de maladies mentales ou nerveuses, d'alcoolisme, de suicide, de crime ou bien, des caractères, des talents remarquables.

Il est ensuite nécessaire de recueillir des renseignements sur les *antécédents personnels* du malade : sa naissance, son élevage au sein ou au biberon, son enfance, sa dentition, ses maladies : convulsions, rachitisme... ; époque de la marche et de la parole ; aptitudes scolaires ; conduite ; sociabilité ; accidents de la croissance et, chez les femmes, de l'établissement des règles ; habitudes sexuelles ; onanisme ; conduite au service militaire ; particularités de la vie professionnelle. On doit s'enquérir tout particulièrement des maladies infectieuses et toxiques, comme la syphilis, la blennorragie, l'alcoolisme, le nicotinisme. [Il importe de rechercher aussi si le sujet a déjà eu antérieurement des accès d'aliénation mentale, car, dans l'histoire des affections psychiques, les récidives sont très fréquentes.]

On recueillera le plus de renseignements possibles sur le début de l'affection actuelle. [Dans cet ordre d'idées, il faudra interroger les personnes de l'entourage immédiat de l'aliéné sur les changements survenus dans les habitudes, les goûts et la conduite du malade au début du trouble cérébral actuel.]

L'*examen de l'état actuel* doit, avant tout, avoir pour but la constatation des troubles physiques. On procédera ensuite à l'examen des systèmes osseux et musculaire, de la nutrition générale, de la peau. Il y a lieu de tenir compte aussi des signes physiques de dégénérescence (Voy. p. 29 et suiv.).

La mensuration du crâne au moyen du mètre à ruban et du compas d'épaisseur doit indiquer : 1° le *diamètre antéro-postérieur maximum* allant de la racine du nez à la protubérance occipitale externe (en moyenne, 183 millimètres chez l'homme et 178 millimètres chez la femme) ; 2° la *circonférence horizontale maxima* (en moyenne, de 486 à 569 millimètres chez l'homme et de 474 à 538 millimètres chez la femme ; sur le squelette, il faut compter 2 centimètres en moins) ; 3° le diamètre transverse maximum ; 4° la courbe transversale postérieure allant d'une oreille à l'autre ; 5° la courbe allant de la protubérance occipitale externe au vertex. On nomme « indice céphalique » [étudié par Broca et Topinard] le rapport qui existe entre le diamètre transverse maximum multiplié par 100 et le diamètre antéro-postérieur maximum. [L'*indice céphalique*, mesuré d'après ces indications, varie entre 64 et 90.

Les têtes dont l'indice céphalique mesure entre 64 et 75 sont longues et portent le nom de *dolichocéphales*; celles qui mesurent entre 75 et 79 sont dites *mésaticéphales*; enfin, les têtes dont l'indice céphalique est entre 80 et 90 s'appellent *brachycéphales*.] La mensuration de la face, qui se fait à l'aide du compas-glissière et du goniomètre (instrument composé d'une lame transversale flexible et d'une tige verticale), permet d'établir l'*angle facial*, c'est-à-dire l'angle formé par la rencontre de deux lignes : auriculo-dentaire et ophryo-dentaire. [Cet angle mesure chez l'Européen entre 80° et 85°.] Plus cet angle est aigu, plus la saillie des mâchoires est grande; cette saillie anormale d'un ou de deux maxillaires constitue ce qu'on appelle le *prognatisme*.

Il est plutôt téméraire de conclure du volume du crâne au développement du cerveau, bien que Moebius ait, depuis quelque temps, repris la défense des idées de Gall, et qu'il admette, par exemple, que la saillie de l'angle inférieur gauche du front est un signe des dispositions heureuses pour les mathématiques.

Tout aliéné doit être *pesé* à des moments déterminés, pour qu'on puisse établir une courbe de son poids. Les malades cachectiques et refusant la nourriture doivent être pesés tous les jours. La température, le pouls, seront journellement notés.

On analysera aussi les urines et le sang. On n'oubliera pas l'examen des vaisseaux (artériosclérose).

L'appareil visuel doit être minutieusement examiné. Pour la recherche du *réflexe lumineux* ou de la *réaction des pupilles à la lumière*, il faut éviter de faire fixer un point rapproché, ce qui provoquera la réaction d'accommodation. Le meilleur procédé consiste à faire fixer au malade un nuage, pendant que, avec un miroir placé de côté, on projette une lumière sur la pupille à examiner.

Il faut, bien entendu, s'assurer au préalable que le sujet n'a pas employé auparavant une substance susceptible de provoquer une dilatation ou un rétrécissement artificiels des pupilles [atropine, ésérine].

Il faut ensuite examiner la sensibilité cutanée, l'excitabilité mécanique et électrique des muscles et des nerfs, le dermographisme, les réflexes cutanés, musculaires et tendineux.

Les *expressions du visage* réclament un examen prudent.

Dans l'analyse d'une physionomie au point de vue de son expression, il faut faire abstraction des particularités physiques purement individuelles, ainsi que de certaines anomalies dépendant des troubles nerveux, comme l'hémiparésie faciale ou le strabisme.

Il faut se rappeler aussi que l'expression du visage d'un aliéné est souvent en rapport avec l'émotion qu'il éprouve, absolument comme cela se passe chez l'homme normal. Ainsi, le rire ou la colère du maniaque, les traits soucieux du mélancolique ne se distinguent pas de ce qu'un homme normal manifesterait sous le coup d'une émotion correspondante. L'expression du visage devient pathologique, sous l'influence d'un trouble de l'innervation générale ou d'un profond affaiblissement intellectuel, comme chez les paralytiques généraux et les idiots. Ces expressions pathologiques sont très variables : le visage peut être comme *figé*, semblable à un masque, insensible à toute impression; il peut être, au contraire, animé de contorsions, de convulsions des lèvres, de grimaces, de clignements; il peut exprimer encore une profonde anxiété.

Dans l'*examen de l'état mental*, on a à rechercher si le malade réagit à une excitation quelconque et comment il se comporte vis-à-vis du monde extérieur. Ici l'expression du visage doit être prise en considération. Qu'on cherche tout d'abord à s'assurer de la manière dont les excitations extérieures sont perçues, à constater comment le malade se comporte avec son entourage, dans quel ordre il exprime ses pensées, comment il s'oriente dans l'espace et dans le temps.

Un premier examen de la perception visuelle se fait rapidement, en présentant au sujet un certain nombre au moyen des doigts écartés. Dans le cas de diminution des facultés intellectuelles, il faut employer des excitations acoustiques et optiques plus fortes. Un moyen facile à cet égard consiste à menacer le malade avec une pointe d'épingle; cette expérience laisse d'ordinaire indifférents les *malades catatoniques* en état de *stupeur*, tandis que d'autres réagissent de diverses manières, souvent en manifestant une grande inquiétude. Pour un examen plus minutieux, on se sert d'appareils psychométriques; Kraepelin fait lire dans ce but des syllabes et des séries de mots inscrits sur un tambour qui tourne devant les yeux du malade.

Un autre procédé consiste à faire reconnaître des mots,

des lettres, des couleurs et des images adaptés derrière un diaphragme et qu'on expose aux yeux du sujet pendant un temps déterminé.

Dans beaucoup de cas il n'est pas facile de faire le diagnostic des hallucinations et des illusions. Il importe d'interroger le malade directement et longuement. S'il a eu réellement des hallucinations auditives, ou visuelles, il les désigne d'ordinaire sous les noms de « voix » et « visions ».

Il faut rechercher ensuite chez le malade la série de signes psychiques qu'on observe habituellement dans la forme catatonique de la démence précoce et qui sont : la *suggestibilité* [tendance à obéir à toute sollicitation extérieure, quelle qu'en soit la nature] ; le *négativisme* [tendance opposée à la précédente, sorte de *folie d'opposition* s'étendant sur les actes les plus différents : marche, parole, alimentation] ; la *catalepsie* ; l'*écholalie* [répétition automatique des derniers mots qui frappent les oreilles du malade] ; l'*échopraxie* [reproduction automatique des gestes exécutés devant le sujet].

Pour examiner l'état mental d'un sujet, un simple interrogatoire ne suffit point. Il est souvent utile de sténographier certaines expressions. Le phonographe présente l'avantage de reproduire le rythme et le timbre de la parole du sujet.

Il est indispensable d'examiner la faculté d'association d'idées en s'aidant d'une série de mots préparés d'avance.

[Après avoir établi, s'il est possible, le *type d'association* que le malade avait à l'état normal : *faible*, *fort*, *profond* ou *vaste*, on compare cet état antérieur à celui d'aujourd'hui. Certains malades (maniaques, débiles, paralytiques généraux) changent, plusieurs fois au cours d'une conversation de quelques minutes, le but de leurs associations. On assiste alors à un débit en forme de zigzag, que Joffroy qualifie très heureusement de *conversation par embranchement*.]

Pour l'examen de l'*articulation de la parole*, on fait prononcer au malade plusieurs fois de suite certains mots un peu longs : immatriculisation, architecturalement, anticonstitutionnellement, artilleur de l'artillerie, inamovibilité...

Il est souvent assez difficile de diagnostiquer les troubles du *jugement*, parce qu'on ne connaît pas le degré de culture ou d'activité intellectuelle antérieures du malade.

Certains sujets dissimulent pendant longtemps des *idées délirantes systématisées* jusqu'à ce qu'on finisse par aborder une question qui les amène à dévoiler leurs conceptions morbides.

L'examen de la *mémoire* et des connaissances acquises se fait souvent au moyen de petits problèmes d'arithmétique et de questions se rattachant à la géographie ou à l'histoire. Dans le calcul, la table de multiplication servira comme épreuve de mémoire, tandis que les opérations comme les soustractions, les divisions, le calcul des intérêts permettront d'examiner la faculté du jugement. A côté de cet examen rétrospectif des facultés, il faut déterminer leur état relatif aux impressions nouvelles et analyser tout particulièrement la faculté de l'*attention*.

Pour l'examen de la *volonté*, on fait des expériences de réaction. Le sujet presse un bouton de contact d'une machine électrique. Aussitôt qu'il entend ou voit le signal dont l'apparition coïncide avec la fermeture du courant électrique, la réaction est produite; le sujet lâche immédiatement le bouton de contact, et le courant se rétablit. On note ensuite de combien de degrés les aiguilles du chronomètre se sont avancées dans le mouvement de rotation pendant le temps où le courant est resté fermé. Le chronomètre de Hipp permet de noter ce temps de réaction, à un millième de seconde près; mais les unités et les dizaines du résultat sont inexactes, à cause des erreurs inhérentes au mode d'expérimentation. Dans l'épreuve de la réaction, dans laquelle le sujet doit faire un choix entre deux impressions, il appuie sur deux boutons de contact, et, selon que la réaction suit l'impression *a* ou *b*, il lâche l'un ou l'autre bouton.

Pour se faire une idée des *écrits* d'un malade, il faut lui donner à rédiger, chaque fois que cela est possible, l'histoire de sa vie.

Le document ainsi obtenu permet d'apprécier à la fois l'état mental du sujet et les troubles moteurs dont il peut être atteint.

L'examen de l'état du malade se complète, pendant toute la durée de l'affection mentale, par une observation minutieuse sur la *manière d'être* du sujet aussi bien pendant le jour que pendant la nuit, de même que sur les résultats de diverses interventions thérapeutiques.

Il est particulièrement difficile de faire le diagnostic de

la *guérison*, ou même seulement de se prononcer sur la *possibilité* de laisser sortir le malade de l'asile.

On peut déclarer qu'un malade est complètement guéri quand non seulement tous les symptômes mentaux et physiques de son affection psychique ont disparu, mais quand le malade a acquis, en outre, conscience de son état morbide et quand sa nutrition générale se trouve ramenée à la normale. Assez souvent il persiste quelques symptômes isolés d'ordre psychique ou nerveux, et néanmoins le malade peut être renvoyé chez lui et reprendre sa place sociale dans des conditions normales. Ce cas peut se présenter dans la démence précoce et la paralysie générale ; il s'agit alors de véritables *rémissions*. Naturellement, les malades susceptibles de devenir dangereux ou suspects de suicide doivent être maintenus à l'asile. Il est utile, même après que la sortie définitive a été accordée, de continuer à surveiller l'ancien malade, en l'engageant soit à se présenter de temps en temps à l'asile, soit à fournir régulièrement des renseignements par écrit.

Simulation. — Fréquemment, le clinicien est obligé de se demander s'il est en présence d'une affection mentale vraie, ou simulée. Quand un sujet a commis un délit et paraît être ensuite aliéné, le vulgaire est porté à admettre qu'il y a simulation. La plupart du temps les simulateurs font semblant d'être des imbéciles. Ils ne répondent à aucune question ou bien font des réponses absurdes. Quelquefois ils simulent l'excitation maniaque et jouent la « folie furieuse ». Une observation prolongée permet généralement de démasquer de pareilles tendances. Dans le cas représenté par la figure 16, un sujet prétendait ne pas sentir des piqûres d'épingles, fait qui, à la rigueur, pouvait être dû à une analgésie. Mais il affirmait en même temps ne pas reconnaître, dans une glace qui lui était présentée, les aiguilles plantées dans la peau de sa face ; cette affirmation n'était évidemment qu'un mensonge,

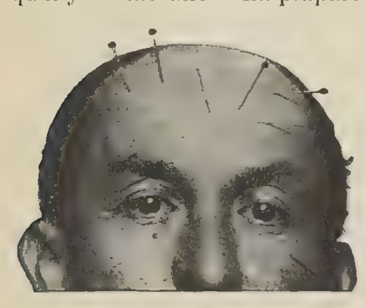


Fig. 16.

puisque toute sa conduite prouvait qu'il pouvait voir ; il savait notamment lire. Ce qui importe le plus en pareil cas, c'est d'établir un diagnostic exact, car, quoique certains symptômes isolés puissent être simulés, il n'est guère possible de simuler un syndrome clinique. Avant tout, une observation de longue durée finit par décourager les simulateurs qui jouent l'excitation maniaque. Car il n'est aucun être normal qui puisse pendant plusieurs jours consécutifs s'agiter sans interruption et résister pendant plusieurs jours au besoin naturel de dormir. D'autre part, il y a des simulateurs qui, entendant faire en leur présence des remarques relatives à leur état, entendant dire, par exemple, qu'en pareil cas le malade doit présenter des phénomènes paralytiques ou convulsifs, cherchent aussitôt à représenter ces mêmes symptômes. En réalité, la simulation est beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement.

Ce qui est plus fréquent, c'est la *simulation sur une base morbide* par des hystériques, des neurasthéniques, des débiles intellectuels et des paranoïques. Dans ce cas, il devient très difficile d'établir avec précision quel symptôme est vrai et lequel est simulé. Le malade représenté sur la figure 16 était un simulateur atteint d'hystérie.

Dissimulation. — Certains malades dissimulent leur état pathologique ; ainsi, des paranoïques peuvent imaginer un délire systématisé pendant des années sans que personne dans leur entourage ne s'en aperçoive. Des malades qui ont des hallucinations dissimulent quelquefois aussi leurs troubles sensoriels pour ne pas être traités comme des aliénés.

Dans les asiles, des délirants systématisés, ou même des maniaques, essaient parfois de dissimuler leur état, afin d'obtenir leur élargissement. Mais la dissimulation est particulièrement grave chez les mélancoliques, qui cachent l'angoisse qui les étreint pour faire croire à leur guérison et à leur calme, jusqu'au jour où, ayant donné le change à leur entourage rassuré, ils saisissent une occasion pour se suicider.

La responsabilité du médecin est souvent énorme quand il est appelé à délivrer un certificat sur l'état mental d'un sujet. A cet égard sont particulièrement embarrassants les individus atteints des formes atténuées de diverses variétés de la folie, et surtout les sujets qui sont sur la

frontière de l'aliénation mentale, comme les hystériques, les neurasthéniques, les épileptiques, les dipsomanes, les dégénérés et les nombreux déséquilibrés. Beaucoup d'entre ces malades ne peuvent nullement être déclarés aliénés dans le sens clinique de ce terme, et cependant il est impossible de les considérer comme étant absolument normaux.

[On ne saurait recommander trop de circonspection au médecin appelé à formuler une conclusion dans un sens ou dans un autre, surtout quand on lui demande de rédiger un certificat de maladie ou un certificat de santé.]

VIII. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA FOLIE

Dans les autopsies d'aliénés, l'attention doit se porter tout particulièrement sur l'encéphale.

[Pour faire utilement l'examen macroscopique et microscopique de l'encéphale de l'aliéné, il faut être familiarisé avec les localisations topographiques des lésions cérébrales, dont l'exposé se trouve dans tous les traités d'anatomie normale et pathologique.]

Rappelons que Flechsig, se fondant sur le développement chronologique des fibres, d'après sa méthode embryologique, a conçu l'hypothèse de « centres d'association » du cerveau humain, hypothèse combattue par Déjerine, Monakow, Sachs, Siemerling, Nissl.

Pour procéder à un examen histologique précis, il importe de faire l'autopsie aussitôt que possible après la mort. [La loi française n'autorise à faire l'autopsie que vingt-quatre heures après le décès.]

En pratiquant l'ablation du cerveau, on doit faire attention à l'épaississement des parois du crâne, ainsi qu'aux adhérences de la dure-mère. [Quand on a pu constater que la dure-mère adhère aux os du crâne, ce qui est normal chez l'enfant, fréquent chez le vieillard, pathologique chez l'adulte, on incise la dure-mère circulairement, au niveau même du trait de scie ; on sectionne en avant les attaches de la faux du cerveau à l'ethmoïde, et l'on poursuit sans brusquerie l'ablation de la calotte osseuse. Il faut ensuite noter l'état de la pie-mère : simple congestion, avec ou sans exsudat séro-fibrineux plus ou moins abondant, répandu dans les espaces sous-arachnoïdiens ; épaississement et aspect louche, nacré de la pie-mère

indiquant une leptoméningite inflammatoire chronique, comme dans l'alcoolisme, par exemple.] Les circonvolutions peuvent être atrophiées et les sillons qui les séparent être trop larges.

[Après cet examen de la surface de l'encéphale, il est nécessaire d'explorer, par des coupes méthodiques, les parties profondes des centres nerveux.]

La coupe des hémisphères, d'après la méthode de Virchow, est souvent employée en anatomie normale. Elle consiste à ouvrir les ventricules latéraux et à diviser chaque hémisphère par des coupes longitudinales, allant de la convexité vers la base. Cette méthode n'est pas très pratique pour l'anatomie pathologique. Pour cette dernière, on emploie de préférence la méthode française, qui est infiniment plus commode pour un examen microscopique ultérieur. [Les *coupes de Pitres* (de Bordeaux), qui sont de beaucoup préférables pour l'examen anatomo-pathologique, ont pour but principal la localisation topographique précise des lésions. Pour les pratiquer, on commence par séparer les hémisphères par une *section antéro-postérieure* franche pratiquée au niveau de la partie médiane du corps calleux. Ensuite, on détache la pie-mère de chaque hémisphère. Cette opération délicate étant faite, on couche chaque hémisphère sur sa face interne et l'on recherche le *sillon de Rolando* qui sert de point de repère pour toutes les coupes. Ces dernières, au nombre de six, sont régulières, parallèles entre elles et parallèles au sillon de Rolando; elles portent les noms suivants : *coupe préfrontale* (à 5 centimètres en avant du sillon de Rolando); *coupe pédiculo-frontale* (au niveau des pieds des circonvolutions frontales); *coupe frontale* (au niveau de la circonvolution frontale ascendante); *coupe pariétale* (au niveau de la circonvolution pariétale ascendante); *coupe pédiculo-pariétale* (sur le pied des lobules pariétaux); *coupe occipitale* (à 1 centimètre en avant de la scissure perpendiculaire interne). Ces diverses coupes permettent de constater les lésions de la zone motrice corticale, du corps opto-strié, de la capsule interne, des divers faisceaux du centre ovale. Bien souvent, pour préciser plus rigoureusement les limites d'une lésion, on fait des coupes plus rapprochées qu'on pratique entre les coupes fixes habituelles ; ce sont ce qu'on a appelé des *coupes intermédiaires*, qui peuvent être aussi nombreuses que peuvent le

permettre les microtomes actuels. Mais alors on réserve les coupes fines pour plus tard, après macération du cerveau frais et friable dans un des nombreux liquides durcissants.]

Avant de pratiquer les diverses coupes, il est indispensable de noter le poids de l'encéphale. Le cerveau normal pèse en moyenne : chez l'homme 1 360 grammes, chez la femme 1 230 grammes et chez le nouveau-né 447 grammes. Notons, à titre exceptionnel, que le cerveau de Gambetta pesait 1 100 grammes et celui de Tourguenieff 2012 grammes. [Une altération très fréquente dans la folie, c'est l'atrophie cérébrale, qui peut porter tantôt sur la masse totale de l'encéphale, tantôt, exclusivement, sur les circonvolutions qui présentent un amincissement de la substance grise. En pareil cas, les connexions de la pie-mère avec la surface cérébrale sont fortement relâchées, et cette membrane flotte alors sur le cerveau comme un sac insuffisamment rempli.]

Pour la conservation des pièces macroscopiques, on dispose de diverses méthodes.

Une des meilleures consiste à faire une injection, par les artères basilaires, du liquide de Kaiserling : formol 750 gr. ; eau distillée 1000 gr. ; azotate de chaux 10 gr. ; acétate de chaux 300 gr. On plonge ensuite le cerveau dans le même liquide. C'est de cette manière qu'ont été traités les cerveaux représentés en couleurs dans ce livre.

Pour l'examen microscopique de l'écorce cérébrale, on doit employer divers liquides fixateurs, parmi lesquels la solution de 10 p. 100 de formol peut rendre de très grands services.

Pour la coloration élective des cellules nerveuses, on se sert de la méthode de Nissl, qui consiste dans la série de manipulations suivantes :

1° Durcir la matière cérébrale, aussi fraîche que possible, dans l'alcool à 96° ; 2° coller sur du liège les fragments qui ont surnagé dans ce liquide : 3° couper les fragments au microtome ; 4° colorer les coupes fixes en les plongeant dans un verre de montre rempli d'une solution du bleu de méthylène (bleu de méthylène 3gr,75 ; savon de Venise 1gr,75 ; eau distillée 1000 gr.) ; chauffer la solution au-dessus de la flamme

d'une lampe à alcool jusqu'à ce que des vapeurs apparaissent ; 5° plonger ensuite les coupes dans un mélange d'alcool et d'huile d'aniline (huile d'aniline 10 gr., alcool à 96°, 90 gr.) jusqu'à ce qu'il ne s'échappe plus des vapeurs colorées ; 6° faire sécher les coupes sur la lame porte-objet ; éclaircir avec de l'huile de cajeput ; sécher avec du papier mousseline ; 7° arroser les coupes de benzine et les plonger dans un mélange de colophane et de benzine ; expulser ensuite les vapeurs de benzine en les faisant chauffer légèrement au-dessus d'une flamme d'alcool.

Pour la préparation de la névroglie, on se sert de la méthode de coloration de Weigert.

La préparation de la névroglie d'après la méthode de Weigert servait autrefois pour étudier les dégénérescences des fibres nerveuses. Mais cette méthode détruit les cellules ganglionnaires et donne lieu à des lacunes péricellulaires et périvasculaires. Voici en quoi consiste cette méthode :

Faire durcir dans le liquide de Muller ou dans du formol et de l'acide chromique ; transférer dans de l'alcool ; étendre par couches dans de la celloïdine ; plonger dans une solution d'acétate de cuivre ; couper sous l'alcool ; colorer avec : hématoxyline 1 gr. ; alcool absolu 10 gr. ; carbonate de lithine 1 gr. ; eau distillée 100 gr. ; laver, puis différencier dans : borax 20 gr. ; ferrocyanure de potassium 2gr,50 ; eau distillée 100 gr. Laver, débarrasser de l'eau à l'aide de l'alcool et du xylol ; étendre dans du baume de Canada. Pour des préparations diverses du système nerveux central, cette méthode est encore tout aussi utile que la modification qui en a été faite d'après Pal (planche XVIII).

Des méthodes plus délicates de préparation des fibres nerveuses sont à base d'acide osmique, comme celles de Exner et de Marchi. Mentionnons aussi la méthode à l'hématoxyline et fer de Heidenhain. Les cellules nerveuses peuvent encore se colorer électivement par la thionine et le bleu de toluidine. Autrefois on employait les colorants à base de carmin ou d'hématoxyline, et aussi la méthode de Van Gieson (hématoxyline, acide picrique, fuchsine acide). Les méthodes par imprégnation d'argent, d'après Golgi, ne sont pas applicables dans les recherches d'ordre pathologique.

Planche IV. Fig. 1. — Écorce normale de la circonvolution centrale ; préparation colorée au bleu de méthylène par la méthode de Nissl. (Agrand. 50.)

1° Couche corticale superficielle pauvre en cellules ; 2° petites cellules pyramidales ; 3° moyennes et grandes cellules pyramidales ; 4° *a*) couche granulée, cellules polymorphes ; *b*) couche pauvre en cellules avec cellules de Beetz ; 5° couche de cellules fusiformes.

Planche IV. Fig. 2. — Cellule normale de Beetz ; préparation colorée au bleu de méthylène d'après la méthode de Nissl. (Zeiss 1. Obj. à immersion 1/12. Oc. 1. Agrand. 380.)

Dans l'écorce cérébrale, tous les éléments sans exception, ainsi que leurs rapports réciproques, doivent être examinés d'après les méthodes de coloration les plus appropriées.

On étudiera successivement : 1° les cellules nerveuses ; 2° les fibres nerveuses ; 3° la névroglie ; 4° la substance fondamentale ; 5° les vaisseaux.

Les cellules nerveuses sont disposées en couches parallèles à la surface du cerveau.

Meynert a décrit le premier les diverses couches cellulaires, disposées dans l'ordre suivant (Voy. pl. IV, fig. 1) :

1. Couche corticale superficielle pauvre en cellules.
2. Couche des petites cellules pyramidales.
3. Couches des moyennes et grandes cellules pyramidales.
4. Couche granulée avec des cellules polymorphes.
5. Couche des cellules fusiformes.

Dans les circonvolutions centrales on trouve, en outre, entre la quatrième et la cinquième couches, une couche des *cellules pyramidales géantes* (4, *b*), dites *cellules solitaires* ou *cellules de Beetz*. Au niveau de la fissure calcarine et du pôle occipital, on peut distinguer *huit* couches, car entre la deuxième et la troisième couches vient s'insérer une couche de cellules granulées et entre la quatrième et la cinquième s'intercale encore une couche à grandes cellules et une couche de cellules granulées.

On trouve de grandes cellules pyramidales au niveau de la corne d'Ammon. Les cellules nerveuses, munies ordinairement de prolongements en forme de rayons, sont, à l'état normal, rangées par groupes. Les cellules pyramidales sont disposées en colonnes et les corps des cellules correspondent aux intervalles laissés entre les rayons

Fig. 1.

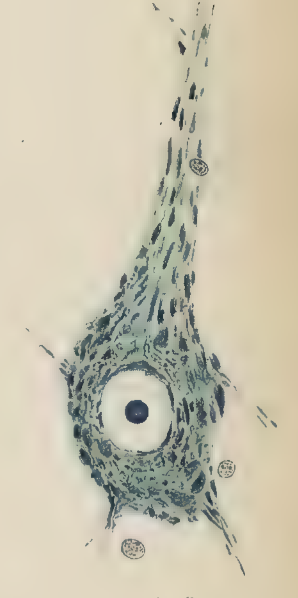


Fig. 2.

cellulaires. Les prolongements qui partent du sommet des cellules ont une direction parallèle.

La *cellule nerveuse normale* (Voy. pl. IV, fig. 1), préparée d'après la méthode de Nissl, présente un fond bleu pâle sur lequel se détachent de petites masses d'un bleu intense appelées encore *grains chromatophiles, corpuscules de Nissl, tigroïdes*. Le noyau est incolore, tandis que le nucléole est d'un bleu foncé. Au centre de ce nucléole, on aperçoit encore parfois un élément triangulaire, cristalloïde. Sur le noyau, dans la direction du sommet de la cellule, se trouve une formation colorée, la calotte du noyau. Les corpuscules de Nissl se continuent encore plus loin jusque dans les prolongements de la cellule, les *dendrites* ; aux points de bifurcation des prolongements, on voit souvent une petite masse de substance présentant une coloration particulièrement intense. Le cylindraxe n'est pas visible. A la base du prolongement et même quelquefois au point de sa bifurcation, on voit quelques cellules de névroglie, qu'on appelle les *cellules satellites*.

Il n'est pas facile de produire une préparation de cellule nerveuse tout à fait normale. L'alcoolisme, l'anémie, une longue agonie déterminent des altérations dans la structure de la cellule. En outre, par suite du décubitus horizontal prolongé du corps après la mort, il se produit souvent, déjà douze heures après, des transformations d'ordre cadavérique. Aussi, la technique de la fixation des préparations et de leur coloration exige-t-elle une grande précision. Seuls les tableaux microscopiques d'une espèce déterminée de cellules, préparées à l'aide d'une méthode déterminée, peuvent se comparer entre eux et être considérés, selon l'expression de Nissl, comme « équivalents ».

Dans les affections mentales, les altérations cellulaires sont très variables, selon la nature de la cellule et selon sa localisation cérébrale. Il n'existe pas de lésions cellulaires spécifiques qui puissent être considérées comme caractéristiques pour telle ou telle psychose.

Nissl cite les altérations cellulaires suivantes comme étant particulièrement importantes :

1. *Altération cellulaire chronique.* — La cellule devient plus petite ; la substance non colorable à l'état normal se colore, tout en conservant quelques espaces clairs ; le noyau devient

plus petit, s'allonge et prend de la couleur ; le cylindraxe fait saillie (Voy. pl. XIX, fig. 2).

2. A un degré plus avancé, la *sclérose* apparaît : toute la cellule est fortement colorée ; la structure antérieure ne se reconnaît plus ; le noyau est trouble, ratatiné, anguleux et ne se détache pas clairement ; les dendrites ont une forme entortillée. Ces altérations surviennent dans la paralysie générale, l'épilepsie (Voy. pl. XIX, fig. 3).

3. *Altération cellulaire aiguë.* — La substance normalement non colorable se colore ; les dendrites sont à peine visibles ; la cellule est distendue, ainsi que le noyau ; ce dernier reste incolore et tend à se rapprocher de la paroi de la cellule. La substance chromatophile devient plus pâle et granuleuse ; le cylindraxe est très net. En cas de lésions plus graves, on constate dans le corps des cellules des lacunes ; les dendrites se désagrègent ; la cellule devient pâle (liquéfaction de la cellule). Ces lésions s'observent dans le typhus, l'urémie, les brûlures étendues, les délires suraigus.

4. *Chromatolyse.* — Décoloration et fonte des éléments chromatophiles ; cette lésion est fréquente.

5. *Atrophie des noyaux.* — Lésion assez rare. La paroi du corps cellulaire, très amincie, se déchire ; la substance non colorable se colore légèrement ; le noyau devient plus petit, s'allonge et tend à prendre la forme d'un triangle à angles obtus. La substance chromatophile du corps de la cellule se transforme en granulations très petites, divisées les unes des autres par des vides. Les dendrites sont peu visibles. Des lésions de cet ordre s'observent dans la paralysie générale, quelquefois aussi dans le *delirium tremens* (Voy. pl. XIX, fig. 4).

6. *Altération cellulaire grave* par suppression de l'oxygène (asphyxie) et par l'action d'autres facteurs qui détruisent ces cellules nerveuses. Le noyau s'atrophie ; il s'allonge et s'arrondit ; sa membrane devient très nette ; le corpuscule du noyau se rapproche de la périphérie de la cellule, devient excentrique. Le corps cellulaire se divise en nombreuses granulations arrondies.

Sous le nom de *mort de la cellule*, Nissl désigne la liquéfaction, la décomposition de ses grains chromatophiles, leur résorption, leur destruction par des *vacuoles* confluentes, leur absorption par les cellules névrogliques. Ces dernières pénètrent dans le corps de la cellule ner-

veuse et absorbent toute la substance protoplasmique (Voy. pl. XIX, fig. 5 et 6). Pendant longtemps on peut encore observer les dendrites et les noyaux cellulaires reculés vers la périphérie de la cellule ; finalement, la cellule disparaît complètement.

Il faut, en outre, noter la disposition des couches cellulaires, qui, dans maintes psychoses, notamment dans la paralysie générale, se trouve modifiée. Dans un certain nombre d'affections mentales, on constate des lacunes à la place d'une couche cellulaire déterminée.

Les fibres nerveuses sont souvent détruites ; dans la paralysie générale, notamment, les fibres tangentielles de la couche superficielle de l'écorce disparaissent, ainsi qu'un nombre plus ou moins considérable de fibres de projection.

Les *cellules de la névroglie* sont déjà à l'état normal très différentes les unes des autres ; sous l'influence de troubles corticaux quelconques, elles subissent des altérations rapides. La cellule névroglique munie de ses prolongements très courts devient beaucoup plus nette ; de plus, le nombre des fibres névrogliques qui partent de cette cellule augmente considérablement dans certaines affections, notamment dans la paralysie générale (Voy. pl. XVI, fig. 2). Ces filaments névrogliques se retrouvent aussi dans les couches corticales plus profondes. Les noyaux névrogliques eux-mêmes se multiplient parfois par mitose, plus souvent par division amitosique. Les noyaux satellites des cellules nerveuses deviennent plus abondants et font parfois irruption dans le corps du neurone. Dans les diverses couches corticales se trouvent quelquefois des noyaux névrogliques alignés par files. Les lacunes résultant de la destruction de la cellule nerveuse se remplissent bientôt d'éléments névrogliques. Déjà à l'état normal, la couche corticale superficielle contient des cellules névrogliques. Aussi, cette couche se transforme-t-elle, dans la paralysie générale, en une épaisse calotte de névroglie. Sous le nom de *cellules-araignées*, on a désigné (L. Meyer) des cellules névrogliques munies de prolongements ressemblant à des pattes d'araignée. On en trouve déjà à l'état normal, mais elles sont particulièrement nettes dans la paralysie générale. Préparées par la méthode de Weigert et celle de Heidenhain, elles se présentent comme de véritables *astrocytes*. Les « pattes d'araignée », qui, en

s'élargissant, envahissent parfois des parois des vaisseaux, sont des filaments de la névroglie de Weigert (Voy. pl. XVI, fig. 1). Souvent on trouve incrustés dans la névroglie des corpuscules amylacés (pl. XV, fig. 1, n° 5).

La *substance fondamentale* (dite encore le *gris cortical*) ne constitue nullement une masse uniforme. Les recherches de Apathy, de Bethe et d'autres tendent à démontrer que cette substance forme un réseau extrêmement fin de filaments. Dans les cylindres d'axe se trouvent des fibrilles primitives qui pénètrent ensuite dans les cellules ganglionnaires. Dans les cellules elles-mêmes on peut reconnaître la présence des fibrilles dans les régions de ces cellules restées incolores par la méthode de Nissl et dans les dendrites qui se détachent de ces cellules. La cellule nerveuse elle-même est étroitement entourée d'un feutre fibreux qu'on appelle *gaine cellulaire*. On n'a encore aucune notion précise sur les altérations pathologiques de ces fibrilles primitives. Par la méthode de Nissl, la gaine péricellulaire devient, comme nous l'avons mentionné, visible dans l'altération cellulaire décrite plus haut sous le nom de *chromatolyse* (Voy. pl. XIX, fig. 4).

Les *vaisseaux* présentent des altérations très fréquentes. Dans beaucoup d'affections mentales, leur nombre est augmenté ; ils présentent de la prolifération vasculaire et sont souvent turgescents. On trouve fréquemment un épaississement des parois vasculaires, des formations anévrysmatiques, des extravasations sanguines, des hémorragies miliaires, des endartérites avec rétrécissement et parfois oblitération complète de la lumière des vaisseaux.

[On observe très souvent des altérations moins grossières dans les vaisseaux capillaires : dégénérescence graisseuse, état variqueux, tortuosités flexueuses, hypertrophie de la tunique moyenne.]

Dans la paralysie générale, Nissl et Vogt, se fondant sur trois cents cas, insistent sur l'existence des *cellules plasmatiques* de Marschalko (Voy. pl. XIX, fig. 1). Ce sont des formations épithélioïdes de protoplasma friable, granuleux, munies d'une auréole claire au fond du noyau ; formations qu'on trouve aussi dans d'autres affections somatiques. De plus, on peut observer des cellules graisseuses de Ehrlich.

Autour des vaisseaux sclérosés se trouvent souvent de petits foyers de dégénérescence des cellules nerveuses et de prolifération de la névroglie.

Jusqu'à présent, on n'a pu obtenir des constatations anatomo-pathologiques quelque peu précises que dans la paralysie générale, la démence par sénilité et artériosclérose cérébrale, ainsi que dans l'idiotie. En outre, on commence à connaître les lésions de l'épilepsie et du *delirium tremens*.

On ne peut plus admettre aujourd'hui l'existence des psychoses *fonctionnelles*, c'est-à-dire des affections mentales sans lésions anatomiques correspondantes; il faut ajouter, d'ailleurs, qu'il n'est pas encore possible, à l'heure actuelle, d'expliquer anatomiquement les faits observés dans ces psychoses dites *fonctionnelles*, comme, par exemple, dans la mélancolie.

A côté de cette anatomie pathologique des circonvolutions cérébrales, il y a à considérer aussi de nombreuses altérations des régions profondes du cerveau, notamment dans la paralysie générale, la démence sénile, l'idiotie, les lésions cérébrales localisées, telles que les tumeurs, les plaques de sclérose.

Naturellement, à propos de la paralysie générale, on trouvera la description des lésions médullaires concomitantes, de même que les altérations des nerfs périphériques se trouveront indiquées dans le chapitre relatif à la psychose polynévritique.

L'examen nécroscopique des autres organes se fait comme pour n'importe quelle autre affection. Néanmoins, les lésions vasculaires méritent, dans les autopsies d'aliénés, une attention toute particulière.

[Les affections mentales tendent de plus en plus à sortir du domaine de la psychologie vague et stérile, pour rentrer, sous les auspices de la pathologie générale, dans le groupe des syndromes organiques des centres nerveux. Certes, il est encore impossible, à l'heure actuelle, de donner la preuve complète de cette manière somatique d'envisager la folie. Mais l'avenir de la pathologie mentale est là, et c'est en travaillant dans ce sens qu'on trouvera la solution de la plupart des problèmes théoriques et pratiques que soulève à notre époque la psychiatrie.]

IX. — PRONOSTIC DE LA FOLIE

Dès que nous sommes en présence des formes cliniques bien établies, nous pouvons, en tenant compte de l'indivi-

dualité du malade, tirer du diagnostic un pronostic. Dans les descriptions ultérieures, les diverses affections mentales sont, selon la division de Kraepelin, groupées d'après leur pronostic : la paralysie générale avec son pronostic absolument fatal ; la folie intermittente avec la guérison de l'accès, laissant derrière elle une disposition à de nouveaux accès; les diverses formes de la démence précoce déterminant généralement une déchéance intellectuelle, sans que pour cela la vie soit menacée.

Il existe un pronostic plus difficile à faire : c'est celui du moment plus ou moins rapproché de la guérison de l'accès et aussi du moment du retour du nouvel accès.

De même, il est fort difficile de faire le pronostic du degré de déchéance intellectuelle que pourra entraîner la démence précoce. Quoi qu'il en soit, ces divers pronostics seront examinés dans les chapitres correspondants aux affections auxquelles ils se rattachent.

Le pronostic se trouve aggravé par un état général faible, ainsi que par une application trop tardive d'un traitement approprié. En outre, les chances de guérison diminuent en raison de la durée prolongée de la maladie. D'une façon générale, les cas qui débutent d'une façon brusque ont un pronostic plus favorable que ceux dont le début est insidieux et lent. [Béhier a trouvé que, sur 17 000 aliénés, 12 p. 100 mouraient dans le premier mois, 7 p. 100 dans le second mois, 6 p. 100 dans le troisième mois et 46,5 p. 100 dans la première année.] Certains déments juvéniles, des crétins, des imbéciles, des intermittents ont vécu jusqu'à plus de quatre-vingts ans. Parmi les malades renvoyés comme guéris, un quart au moins retourne à l'asile.

En somme, les diverses formes de la folie comptent parmi les affections les plus graves et les plus longues.

X. — PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE LA FOLIE

L'étiologie, qui est la base de toute prophylaxie scientifiquement établie, enseigne que le facteur le plus important des affections mentales est représenté par l'hérédité pathologique. Il semble donc que le moyen le plus radical contre la folie consisterait à empêcher les individus mentalement anormaux ou atteints d'une maladie grave

quelconque de « multiplier ». Mais il faut ajouter immédiatement que cette solution est extraordinairement difficile à réaliser en pratique. Il n'y a même pas lieu de discuter la proposition tout à fait extravagante tendant à la castration de ces sujets tarés.

D'autre part, une loi interdisant le mariage aux aliénés est encore loin de pouvoir se réaliser. Il est intéressant de mentionner à cet égard un projet de loi présenté à Minnesota, le 23 mars 1901, exigeant des candidats au mariage un certificat de santé, et rendant le mariage avec un sujet aliéné, épileptique ou imbécile passible d'une forte amende pouvant atteindre 1 000 dollars et d'un emprisonnement de un à cinq ans. Actuellement, le seul progrès possible à réaliser serait d'éclairer le peuple sur le danger des unions contractées entre parents, et du mariage avec un sujet mentalement anormal, atteint d'une maladie grave quelconque, ou alcoolique. [Calmeil fait justement remarquer, à propos du mariage des descendants d'aliénés, que ce que nos lois actuelles sont encore impuissantes à réaliser, les médecins pourront parfois l'obtenir, lorsque les familles auront l'heureuse inspiration de recourir à leurs conseils. Quant au mariage des aliénés guéris, Morel était d'avis de ne pas le leur interdire, à deux conditions toutefois : 1° que l'accès d'aliénation fût *isolé* et déjà *lointain*, et 2° qu'il n'eût pas de folie dans l'ascendance. Paul Garnier estime aussi que si la folie a été un accident passager, dû à une cause connue et désormais évitable, le mariage peut être permis.]

L'hygiène de la conception et de la grossesse joue un rôle important dans cette prophylaxie. Avant tout, il faut signaler que des excès alcooliques d'un des parents (du père ou de la mère) sont nuisibles. Il va sans dire qu'il est aussi nécessaire de se mettre en garde contre la syphilis et la tuberculose.

Les femmes qui ont déjà mis au monde des enfants frappés d'idiotie ou qui ont perdu des enfants ayant succombé à des affections cérébrales ou à des convulsions doivent prendre des précautions particulièrement grandes pendant leur grossesse. Berckhan recommande en pareil cas, outre un régime alimentaire fortifiant, mais non excitant, de prendre alternativement, pendant la durée de la grossesse : une première semaine, une pincée de carbonate ou de citrate de fer, et la semaine suivante, une

cuillerée à café d'eau de chaux. De plus, il conseille : le repos après les repas, deux promenades chaque jour, et, enfin, en ce qui concerne l'hygiène génitale, de rares rapports sexuels au commencement de la grossesse et, dans les derniers mois, suppression complète de ces rapports.

Au moment de l'accouchement, il faut manier le crâne de l'enfant avec tous les ménagements possibles.

Quand les mères sont psychopathiques, il est préférable de faire allaiter l'enfant par une nourrice.

L'éclampsie infantile réclame de grandes précautions pour l'avenir intellectuel de l'enfant. Fürstner recommande, en ce cas, l'usage précoce et prolongé des bromures.

L'enfant dont l'hérédité est menaçante doit éviter avec le plus grand soin tout ce qui est nuisible : l'usage de l'alcool et d'autres excitants, les distractions bruyantes, les jeux violents, les bals, les théâtres, les grands voyages.

Il faut l'habituer de bonne heure à des exercices propres à le rendre plus résistant. Son éducation doit être faite d'une façon particulièrement régulière et patiente, avec la conscience du but qu'on se propose ; elle sera dépourvue de bienveillance exagérée comme de sévérité sans affection. D'ailleurs, chaque cas a besoin d'être individualisé : les enfants très éveillés doivent être tenus à l'écart de jeux excitants et de lectures énervantes ; chez les enfants timides, on doit, au contraire, réveiller le sentiment de leur propre valeur et la confiance en eux-mêmes par des conseils amicaux, des éloges, des encouragements, et aussi par des exercices physiques, tels que la natation, la gymnastique. Les exercices physiques doivent être cultivés de bonne heure, mais sans en faire une occupation exclusive, un sport qui surexcite l'ambition. Il faut être prudent dans le choix des camarades de jeux que fait l'enfant. S'il existe des conditions héréditaires fâcheuses, si, par exemple, la mère est atteinte d'hystérie grave, il est préférable, dans l'intérêt de l'enfant, de confier ce dernier aux soins d'une famille étrangère bien choisie. Les enfants de santé délicate ne doivent pas être envoyés à l'école avant l'âge de sept ans.

Le *surmenage scolaire* est nuisible surtout pour les enfants déjà anormaux. Il faut avouer qu'on en a souvent exagéré l'influence et que bien des plaintes proviennent

de familles où l'éducation des enfants pèche par un défaut en sens contraire. Néanmoins, il est vrai qu'on impose aux enfants une immobilité trop prolongée sur les bancs; une assimilation trop copieuse pour eux de matières d'études nouvelles ; des efforts exclusifs de la mémoire souvent trop grands. D'autre part, le repos leur est mesuré avec trop de parcimonie. Il est parfaitement prouvé que beaucoup d'enfants retournent à l'école sans être complètement reposés du travail de la veille. Il est à noter principalement que les études de l'après-midi ne valent souvent rien, parce que l'épuisement résultant du travail de la matinée n'est pas réparé.

Les éducateurs doivent se préoccuper de bonne heure de la vie sexuelle des enfants. L'onanisme se manifeste souvent déjà dès la troisième année de la vie, provoqué parfois par des excitations extérieures, telles que vers intestinaux, phimosis, prurit. A l'époque de la puberté, il est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit ordinairement, dans la proportion de 80 p. 100 ; il se pratique souvent d'une manière très intense, plusieurs fois par jour. L'onanisme psychique est, lui aussi, tout aussi répandu, sous l'influence d'idées érotiques. L'éducation doit lutter contre cet état de choses, en empêchant les enfants de rester souvent seuls et surtout en ne les laissant pas longtemps éveillés au lit le matin. Il faut soigneusement écarter toutes les occasions d'excitation sexuelle, par exemple la vue de ballets ou d'images pornographiques. On doit également veiller à ce que le régime alimentaire ne soit pas excitant, et défendre l'usage de l'alcool, de viandes en trop grande abondance. Il est utile de procurer une fatigue physique normale, par des bains, des promenades à pied, des exercices de gymnastique. Une mission obligatoire incombe ensuite à l'éducateur : c'est d'éclairer l'adolescent au moment opportun, et d'une manière convenable, sur les questions d'ordre sexuel. L'onanisme ne provoque pas directement une affection mentale ou nerveuse, mais il constitue un facteur avant-coureur qui prépare à des états neurasthéniques.

Les sujets prédisposés aux accidents psychiques doivent choisir une *profession* qui, à côté d'une activité intellectuelle modérée, nécessite avant tout un certain exercice physique ; il leur faut une profession calme, qui n'engage pas trop leur responsabilité. L'agronomie, le

jardinage, le commerce au détail, voilà les occupations qui doivent surtout leur être recommandées. Il faut, au contraire, leur déconseiller les carrières de médecin, de militaire, de boursier, de voyageur de commerce, de marchand de vin.

A la plupart des prédisposés à la folie, il n'y a pas lieu de conseiller le mariage.

Cependant, le mariage d'un prédisposé avec une personne absolument normale, et cela dans les conditions favorables au point de vue de la fortune, est parfois préférable à l'existence souvent irrégulière du célibataire. Les sujets ayant subi déjà une fois un accès de folie ne doivent, en aucun cas, se marier.

La prophylaxie spéciale doit avoir pour objectif principal l'*alcoolisme*, qui remplit, à lui seul, presque la moitié de tous les asiles d'aliénés de grandes villes (Voy. chap. XXVII); en second lieu, il faut lutter contre la *syphilis*. A cet égard, le contrôle des filles publiques pourrait être rendu encore plus sévère qu'il ne l'est actuellement, contrôle qui est surtout facile à faire dans les maisons affectées à la prostitution. Dans le même ordre d'idées, tout médecin doit déconseiller le mariage aux sujets contaminés par la syphilis, au moins pendant un nombre d'années déterminé, en rapport avec la date de l'infection. Il est vrai que le secret professionnel s'oppose à la réalisation d'une pareille mesure, malgré son caractère absolument urgent. Il faudrait, en outre, éclairer soigneusement la jeunesse sur les dangers des rapports sexuels imprudents.

Traitement à l'asile.

Le moyen le plus important de traitement et de guérison des aliénés est l'asile. Toutes les autres maladies peuvent être traitées à domicile, excepté, cependant, les maladies nécessitant des opérations chirurgicales, dans lesquelles, à cause des dangers de septicémie, l'organisation hospitalière est naturellement préférable, et aussi les maladies infectieuses graves, comme le choléra, la peste, la variole, où l'isolement, permettant de prévenir une épidémie, est même prescrit administrativement. Quant aux aliénés, il faut reconnaître que la plupart d'entre eux sont exposés, en dehors de l'asile, aux plus grands dan-

gers. Les cas où l'asile ne procurerait pas de grands avantages sont en général rares.

Le traitement à l'asile s'impose donc dans presque toutes les psychoses.

C'est un fait démontré que beaucoup d'aliénés sont traités en dehors de l'asile, et je ne parle pas des aliénés guéris, sortis avec un affaiblissement plus ou moins considérable de leurs facultés intellectuelles, mais de ces nombreux malades dont l'affection est au début, et à l'évidence de laquelle la famille ne peut pas encore se rendre. Cette attitude réfractaire du public à l'égard de l'asile est fort préjudiciable au malade ; elle tient en grande partie aux causes suivantes :

1° Aux préjugés qu'on retrouve encore même chez les gens cultivés, d'après lesquels l'aliéné, à cause de son affection mentale, est un individu taré ;

2° A la crainte d'une séquestration arbitraire.

Mais il semble démontré aujourd'hui qu'il ne s'est pas produit un seul cas où un homme intellectuellement normal ait été retenu dans un asile d'aliénés. Il y a des garanties légales pour qu'un malade soit admis à l'asile ; la plupart du temps, il faut : une demande de la famille, deux certificats médicaux, dont un du médecin de l'asile, et enfin le consentement de l'administration.

Il faut cependant reconnaître que, par suite d'une erreur des médecins, un homme normal puisse être parfois considéré comme aliéné. Pourtant, Kraepelin, entre autres, constate que, dans l'espace de vingt-deux ans, un cas pareil ne s'est produit, à sa connaissance, que deux fois.

Certains juristes réclament une complication plus grande de cette procédure d'admission ; ils voudraient en faire un véritable procès, avec le droit d'y mêler des gens qui n'entendent pas grand'chose au point de vue de la pathologie mentale. Il faut cependant ne pas oublier ce fait d'importance primordiale que plus l'admission subit de lenteurs et de complications, plus le malade risque l'incurabilité. D'après une de nos statistiques, voici dans quelle proportion les malades admis à l'asile semblent sortir guéris :

	Guérison p. 100.
Admis au cours du premier mois de l'affection mentale..	41,4
— des deuxième et troisième mois........	32,9
— du quatrième au sixième mois.........	15,3
— du deuxième semestre.................	5,5
— de la deuxième année.................	2,9
Après la deuxième année..........................	2,2

Dans l'intérêt des malades, il serait donc pratique de simplifier les formalités, en considérant, par exemple, comme document fondamental, à côté de la demande de la famille, le certificat du médecin de l'asile, dont l'opinion fait autorité. La garantie contre une séquestration arbitraire s'obtiendra par une surveillance aussi minutieuse que possible des asiles, mais surtout des maisons de santé privées, et cela par des inspecteurs spéciaux, d'une *compétence* et d'une *indépendance* absolues. De même, on rendra plus difficile le maintien du sujet dans l'établissement en facilitant ses relations avec la famille, soit par correspondance, soit par des visites.

3° L'attitude d'opposition aux asiles est encore motivée par ce fait que la famille du malade méconnaît l'existence de son affection mentale. Elle se laisse toucher par les arguments du malade, qui se révolte contre l'asile et qui n'admet pas qu'on puisse douter un instant de l'intégrité de son intelligence. Une femme habituellement très douce peut, sous l'influence du trouble psychique, devenir dangereuse pour tous et commettre un meurtre. Un sujet fortement mélancolique peut feindre une disposition d'humeur gaie, jusqu'à ce qu'il trouve une occasion de se suicider.

4° Enfin, le grand public a des idées fausses, défavorables, sur les maisons de santé et sur leur organisation. Toutes ces erreurs sont nuisibles au malade et doivent être toujours combattues par les médecins ordinaires, les spécialistes et les autorités administratives.

Indications pour l'internement à l'asile d'aliénés.

1° L'*internement* est formellement indiqué quand le malade constitue un *danger pour l'entourage*. Le nombre de cas dans lesquels un aliéné blesse ou tue est toujours très grand; ne sont pas rares non plus les aliénés incendiaires. Souvent, au début de l'affection mentale, les

malades se livrent à des outrages, à des calomnies, à des attentats à la pudeur.

Parmi les délits prévus par le Code pénal, c'est à peine s'il en existe un qu'un aliéné n'ait pas commis. Le médecin ne doit pas attendre que l'acte criminel ou délictueux soit un « fait accompli »; il doit prévoir le péril et agir en conséquence.

Sont dangereux pour la tranquillité publique tous les aliénés atteints de troubles hallucinatoires, d'états émotifs avec inquiétude, d'épilepsie avec troubles mentaux, d'ex-



Fig. 17. — Suicide d'un aliéné par pendaison.

citation maniaque, d'idées de persécution, d'idées de jalousie, de mélancolie, de paralysie générale au début.

2° Les *tendances au suicide* constituent aussi une importante indication pour provoquer le placement du malade dans un asile. En effet, ces tendances ne peuvent être combattues dans la famille; même un garde-malade engagé exprès pour surveiller l'aliéné ne suffit pas. Beaucoup de malades dissimulent leur tristesse morbide. On cite l'histoire d'une mélancolique qui chantait toutesor te d'airs pour endormir la prudence de sa famille, et qui, après y avoir réussi, se suicida. Souvent l'aliéné se sert dans ce but des moyens les moins apparents, comme le montre, par exemple, la figure 17, et cela avec un raffinement parfois inouï de cruauté envers soi-même (Voy. fig. 20 à 36 [hors texte]:

armes, instruments de suicide et d'évasion fabriqués secrètement, à l'asile, par des aliénés). Tous les mélancoliques sont suspects au point de vue des idées de suicide; la stupeur mélancolique est même souvent particulièrement dangereuse à cet égard. Des malades atteints d'excitation maniaque peuvent aussi attenter à leur vie, sous l'influence d'une brusque transformation de leur humeur gaie en dépression. Tout aliéné ayant des idées de suicide constitue un danger pour son entourage, puisque, pour se détruire lui-même, il peut, soit mettre le feu à la maison, soit égorger ses enfants avec lui.

3° L'internement est également indiqué pour les aliénés qui ont des tendances à l'*automutilation*. Il ne s'agit pas ici des malades qui veulent se suicider, mais qui cherchent à se châtier eux-mêmes en se frappant, à dessein, la tête contre le mur, en se blessant avec des morceaux de verre, en s'arrachant les pansements de leurs blessures. On voit aussi de nombreux malades qui, n'étant pas encore mis dans l'impossibilité de se livrer à leurs occupations professionnelles, se nuisent à eux-mêmes par des achats ou des ventes absurdes, par des spéculations insensées, au point de causer des faillites, ou d'entraîner avec eux toute leur famille dans la ruine.

4° Le *refus de nourriture* nécessite souvent aussi le placement à l'asile. Une alimentation artificielle n'est pratiquement réalisable avec toutes les précautions voulues que lorsqu'elle est faite par le médecin assisté d'un nombreux personnel dressé à cet effet; c'est donc une opération impossible à faire dans la famille, où l'on ne saurait faire venir trois fois par jour le médecin avec quatre, cinq ou six aides.

Pour toute psychose curable, l'asile semble préférable, surtout si l'on se reporte aux données de la statistique qui tend à prouver que les soins donnés à domicile ne font qu'aggraver le pronostic. L'asile est indiqué encore, même pour les affections mentales incurables, comme l'idiotie, l'imbécillité et la démence précoce, parce que c'est à l'asile seulement qu'il est possible d'organiser, pour les victimes de ces troubles mentaux, un enseignement et une éducation appropriés. L'asile est également utile dans la plupart des cas arrivés à la période chronique, pendant laquelle le malade se trouve de temps en temps excité ou incapable de travailler, tout en ayant besoin de soins; ou bien pendant laquelle le malade ne peut trouver chez lui une occupation



Fig. 18. — Salle des malades traités par l'alitement.



Fig. 19. — Cabanon, encore quelquefois employé, avec barreaux en fer et fauteuil auquel on attachait les malades.



Fig. 20 à 36. — Instruments et outils dont se servent certains malades, soit pour le suicide, soit pour l'homicide.

appropriée à ses besoins. Son utilité est encore évidente chez les malades devenus impotents, surtout chez ceux d'entre eux qui sont atteints d'escarres, pour le traitement desquelles on est mieux outillé à l'asile.

Enfin, l'internement est indiqué dans le traitement des morphinistes, dont la surveillance est plus sûre et plus facile dans un asile fermé.

On ne peut renoncer à l'internement que dans peu de cas : les formes très paisibles de paranoia, certaines variétés d'idiotie, de démence ou de la paralysie générale, quelques psychoses dégénératives, accompagnées d'obsessions ou d'impulsions non dangereuses. La plupart des délires fébriles et infectieux peuvent être traités dans un hôpital général. L'internement à l'asile est contre-indiqué chez quelques paranoïques, atteints soit du délire processif, soit de mégalomanie : les malades de cet ordre, laissés libres, construisent tranquillement leur système délirant, tandis que, placés à l'asile, ils s'agitent et se surexcitent très facilement. On peut aussi renoncer à l'internement chez quelques malades atteints d'idées obsédantes inoffensives et chez certains hystériques.

[Établissements français pour les aliénés.

En France, ces établissements sont de quatre ordres :

1° *Les asiles publics départementaux ;*

2° *Les quartiers d'hospice ;*

3° *Les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics ;*

4° *Les maisons de santé particulières.* — Destinées aux aliénés ayant de la fortune, elles sont la propriété de particuliers, le plus souvent de médecins.

Maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine). — La Maison nationale de Charenton, dont la création remonte à 1645, est un pensionnat; les aliénés des deux sexes y sont reçus comme boursiers. Le placement est volontaire ou d'office, comme dans tous les établissements d'aliénés.

Asile-Prison de Gaillon (Eure). — C'est un établissement tout à fait spécial annexé à la Maison centrale de Gaillon. On y place les détenus des maisons centrales (c'est-à-dire les individus condamnés à plus d'un an et un jour de prison) qui deviennent aliénés. Les détenus des autres

jprisons, c'est-à-dire condamnés à moins d'un an et un our, quand ils deviennent aliénés, ne sont pas envoyés à Gaillon, mais dans un asile ordinaire.

Colonies familiales de Dun-sur-Auron (*Cher*) *et d'Ainay-le-Château* (*Allier*). — Le département de la Seine a créé, à Dun-sur-Auron, une colonie familiale pour les déments et aliénés chroniques calmes. Cinq cents femmes environ et quelques hommes sont placés chez les habitants. Il y a à Dun une infirmerie centrale pour les maladies intercurrentes. Quand l'état mental des colons s'aggrave et rend impossible leur séjour chez l'habitant, on les dirige sur l'asile le plus voisin, celui de Beauregard, à Bourges.

En 1900, une nouvelle colonie familiale a été fondée à Ainay-le-Château (Allier), non loin de Dun. Cette colonie est destinée aux hommes, Dun restant consacré aux femmes.

1° Asiles publics départementaux (54).

Noms des départements.	Noms des établissements et localités où ils sont situés.	H.	F.
Aisne.........	Prémontré..................	475	580
Allier.........	Sainte-Catherine, près Moulins.	336	345
	Colonie familiale d'Ainay-le-Château (1).................	»	»
Ariège........	Saint-Lizier..................	227	235
Aveyron......	Rodez........................	240	239
Bouches-du-Rhône...	Saint-Pierre, à Marseille......	522	679
	Aix..........................	439	325
Charente......	Breuty-la-Couronne, près Angoulême...................	335	273
Charente-Inférieure...	Lafond, près La Rochelle......	214	221
Cher.........	Beauregard (Bourges).........	231	266
	Colonie familiale de Dun-sur-Auron (2)..................	»	»
Côte-d'Or.....	Dijon........................	322	338
Eure..........	Navarre, près Évreux.........	522	584
Eure-et-Loir...	Bonneval....................	211	351
Finistère......	Saint-Athanase, près Quimper.	620	»
Hte-Garonne..	Braqueville, près Toulouse....	447	459
Gers..........	Auch.........................	236	269

(1) et (2) Ces colonies familiales dépendent administrativement et médicalement du service des aliénés du département de la Seine.

Noms des départements.	Noms des établissements et localités où ils sont situés.	H.	F.
Gironde	Bordeaux	»	»
	Cadillac	544	»
Ille-et-Vilaine	Saint-Méen, près Rennes	443	489
Isère	Saint-Robert, près Grenoble	465	540
Jura	Saint-Ylie, près Dôle	453	408
Loir-et-Cher	Blois	201	277
Lozère	Saint-Alban	190	285
Maine-et-Loire	Sainte-Gemmes, près Angers	489	577
Marne	Châlons	226	345
Haute-Marne	Saint-Dizier	360	397
Mayenne	La Roche-Gandon	262	327
Meurthe-et-Moselle	Maréville, près Nancy	900	800
Meuse	Fains (Bar-le-Duc)	260	320
Morbihan	Lesvellec-près-Vannes	320	414
Nièvre	La Charité	322	430
Nord	Armentières	1288	»
	Bailleul	»	1315
Oise	Clermont	868	758
Orne	Alençon	283	257
Pas-de-Calais	Saint-Venant	»	885
Pyrénées (Basses-)	Saint-Luc, Pau	369	367
Rhône	Bron, près Lyon	714	960
Sarthe	Le Mans	307	451
Savoie	Bassens	396	300
Seine	Sainte-Anne (Paris)	567	519
	Ville-Evrard, à Neuilly-s.-Marne (S.-et-O.)	714	663
	Vaucluse, à Épinay-sur-Orge (S.-et-O.)	643	459
	Villejuif	622	773
	Maison-Blanche	»	800
Seine-Inférieure	Quatre-Mares (Sotteville-lès-Rouen)	806	»
	St-Yon (Sotteville-lès-Rouen)	»	1218
Somme	Dury-les-Amiens	»	»
Var	Pierrefeu	276	354
Vaucluse	Montdevergues, près Avignon	797	723
Vendée	La Roche-sur-Yon	334	230
Vienne (Haute-)	Naugeat, Limoges	518	516
Yonne	Auxerre	322	318

2° Quartiers d'hospice (15).

Noms des départements.	Noms des établissements et localités où ils sont situés.	H.	F.
Cantal	Aurillac	142	111
Côtes-du-Nord.	Saint-Brieuc	»	370
Deux-Sèvres	Niort	364	379
Doubs	Besançon	»	»
Finistère	Morlaix	»	423
Hérault	Montpellier	363	306
Indre-et-Loire.	Tours	232	352
Loire-Inférieure	Nantes	287	389
Loiret	Orléans	245	318
Lot-et-Garonne	Agen	138	154
Seine	Paris, Salpêtrière	»	718
	Bicêtre	1001	»
Tarn-et-Garonne	Montauban	134	272
Vienne	Poitiers	41	120
Vosges	Épinal, Quartier d'observation.	»	»

3° Asil es privés faisant fonctions d'asile publics (14).

Ain	Sainte-Madeleine, à Bourg	»	»
	Saint-Georges, près Bourg	»	»
Alpes-Maritimes	Saint-Pons-Nice	»	»
Ardèche	Privas	»	»
Aude	Limoux	»	»
Calvados	Bon-Sauveur, à Caen	»	»
Corrèze	La Cellette	»	»
Côtes-du-Nord.	Bégard	»	»
	Lehon, près Dinan	»	»
Haute-Loire	Le Puy	»	»
Lot	Leyme	»	»
Manche	Pont-l'Abbé-Picauville	»	»
	Pontorson	193	166
	Saint-Lô	»	»
Nord	Lommelet, près Lille	»	»
Puy-de-Dôme	Clermont-Ferrand	»	»
Rhône	Saint-Jean-de-Dieu (Lyon)	»	»
Tarn	Albi	»	»

4° Maisons de santé particulières.

Maisons pour les aliénés.

Bouches-du-Rhône.	Sainte-Marthe, à Marseille. Saint-Paul, à Saint-Rémy, près Marseille. Le Canet, à Marseille.
Haute-Garonne....	Maison Censier, à Toulouse.
Gironde...........	Le Castel d'Andorte, au Bouscat.
Hérault...........	Maison Rech, à Pont-Saint-Côme, banlieue de Montpellier.
Jura..............	Les Capucins, à Dôle.
Loire-Inférieure...	Maison Francheteau, à Nantes.
Lot...............	Maison de santé de Leyme.
Meurthe-et-Moselle.	La Malgrange, à Jarville. Saint-François, à Saint-Nicolas-du-Port.
Rhône............	Maison Champvert, à Lyon, chemin des Grandes-Terres, 35. Saint-Joseph, à Vaugneray, près Lyon. Maison de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, route de Vienne, 206. Maison du Verbe-Incarné, à Villeurbanne.
Seine.............	Maison de Picpus, Paris, rue de Picpus, 10 (Dr Pottier). Maison du Dr Goujon, Paris, rue de Picpus, 90. Maison du Dr Motet, Paris, rue de Charonne, 161. Maison Meuriot, à Passy, rue Berton, 17. Maison du Dr Tarrius, à Épinay-sur-Seine. Maison Saint-James, à Neuilly-sur-Seine. Château de Suresnes, à Suresnes (Dr Revertegat). Maison Esquirol, à Ivry (Dr Moreau, de Tours). Maison du Dr Marfaing, à Saint-Mandé. Maison du Château de Fontenay-s.-Bois. Villa Penthièvre, à Sceaux (Dr Reddon). Maison Falret, à Vanves.
Vosges	Pensionnat de Mattaincourt, près Mirecourt.

Maisons pour les maladies nerveuses (1) *et la morphinomanie.*

Établissement d'hydrothérapie et d'électrothérapie, 6, boulevard du Château, à Neuilly (Seine).
Établissement hydrothérapique d'Auteuil, 12, rue Boileau, Paris.
Institut d'hydrothérapie des Champs-Élysées, Paris, 15, rue Chateaubriand.
Sanatorium de Boulogne-sur-Seine, route de Versailles, 145.
Villa Montsouris, Paris, rue de la Glacière, 130.

Maisons pour les enfants anormaux.

Institut médico-pédagogique, à Vitry (Seine), rue St-Aubin, 22.
Institution des enfants arriérés, à Eaubonne (S.-et-O.).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE,
47, boulevard de l'Hôpital.

Un édit royal du 27 avril 1656 portait établissement de l'Hôpital général pour le renfermement des pauvres mendiants de la ville et des faubourgs de Paris. Des lettres patentes faisaient don au nouvel établissement des bâtiments du Petit Arsenal, autrement dit la Salpêtrière, déjà affectés depuis le 1er juillet 1653 à cette destination. Dès son origine, la Salpêtrière fut spécialement destinée au renfermement des femmes pauvres.

Les lettres patentes du 23 juillet 1780 ayant interdit l'admission à l'Hôtel-Dieu des malades de l'Hôpital général, on construisit les Infirmeries de la Salpêtrière. Lorsque fut dressé le plan de constructions nouvelles, on édifia seulement la façade septentrionale, qui prit le nom de *bâtiment Mazarin*, et la façade méridionale, qui s'appela longtemps le *bâtiment Sainte-Claire* et porte aujourd'hui le nom de *Montyon*. Un des pavillons du bâtiment Mazarin reçut le nom de *pavillon Bellièvre*, en mémoire de la coopération de ce magistrat à l'Hôpital général. L'église rappelle par sa forme les anciennes basiliques et se compose de quatre nefs rayonnant autour d'un dôme central ; à sa droite se trouve le bâtiment Mazarin ; à sa gauche, le bâtiment Lassay.

(1) Les maisons de santé Falret, Moreau (de Tours), Pottier, Reddon, Revertegat et Tarrius sont mixtes, c'est-à-dire possèdent, en dehors des quartiers d'aliénés, un ou plusieurs pavillons indépendants où peuvent être placés des malades non aliénés (sans certificat).

L'hospice de la Salpêtrière contient 3812 lits réglementaires se répartissant entre les malades, les vieillards et infirmes, les enfants et les aliénées.

Les salles d'administrées, de malades et d'aliénées sont réparties entre six chefs de service : cinq médecins et un chirurgien. Un des services de médecine est un service de clinique des maladies nerveuses. A la clinique est annexé un service d'électrothérapie ouvert à la fois aux malades internes et externes.

Sur cinq services de médecine, trois sont exclusivement réservés au traitement des aliénées. Le médecin adjoint est attaché à ces trois services.

HOSPICE DE BICÊTRE,

Au Kremlin-Bicêtre (Seine).

Le quartier d'hospice contient 1 803 vieillards ou infirmes indigents et le quartier d'asile contient 657 aliénés adultes et 459 enfants arriérés.

Cinq médecins sont affectés au traitement des aliénés.

ASILE CLINIQUE

Rue Cabanis, 1, à Paris.

L'Asile clinique (Sainte-Anne) est situé dans le quartier de la Santé (XIVe arrondissement) ; il a été ouvert en mai 1867. Il comprend trois grandes sections : le bureau d'admission, la clinique des maladies mentales et l'asile proprement dit.

C'est au bureau d'admission que sont conduits les aliénés, placés d'office par arrêté du Préfet de police ; ils ont été l'objet d'un premier examen à l'Infirmerie spéciale et, après un nouvel examen, le médecin en chef de l'admission les répartit dans les autres services de l'asile ou les désigne pour être envoyés dans les asiles suburbains : Vaucluse, Ville-Évrard, Villejuif et Maison-Blanche, ou dans les quartiers d'hospice de Bicêtre (hommes) et de la Salpêtrière (femmes).

La *clinique des maladies mentales* installée à l'Asile Sainte-Anne renfermait, en 1900, 191 malades, soit 121 hommes et 70 femmes. Le pavillon Leuret est affecté aux hommes, le pavillon Ferrus aux femmes. Le nombre des malades en traitement à l'Asile proprement dit s'élevait au 1er janvier 1900 à 737 : 369 hommes et 368 femmes.

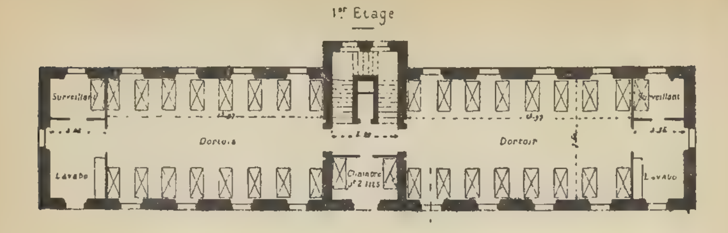


Fig. 37. — Asile cliniqne (Sainte-Anne).

Les pavillons des malades dirigés de l'est à l'ouest, attenant à chaque extrémité du bâtiment de l'administration, sont réservés à l'infirmerie de chaque division. Viennent ensuite, de chaque côté, quatre quartiers du nord au sud parallèles entre eux et séparés les uns des autres par une galerie centrale située entre les deuxième et troisième quartiers de chaque division.

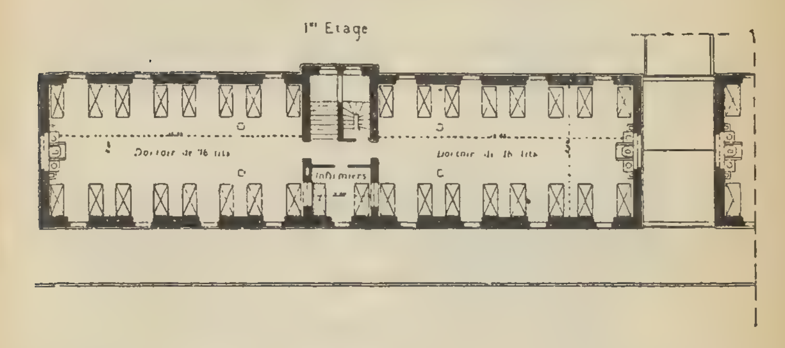
Cette galerie met en communication tous les pavillons et le service des bains avec le bâtiment des services généraux, placés au centre de l'asile.

Les premier et deuxième quartiers sont réservés aux malades tranquilles, les troisièmes aux agités, les quatrièmes aux semi-tranquilles, et les cinquièmes, dirigés de l'est à l'ouest comme les infirmeries auxquelles ils font pendant à l'autre extrémité de chaque division, sont destinés aux gâteux et aux paralytiques.

A l'arrière et au centre de chaque division se trouve un bâtiment demi-circulaire contenant 18 cellules d'isolement dans la division des hommes et 12 dans la division des femmes.

ASILE DE VILLE-ÉVRARD,

Commune de Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).



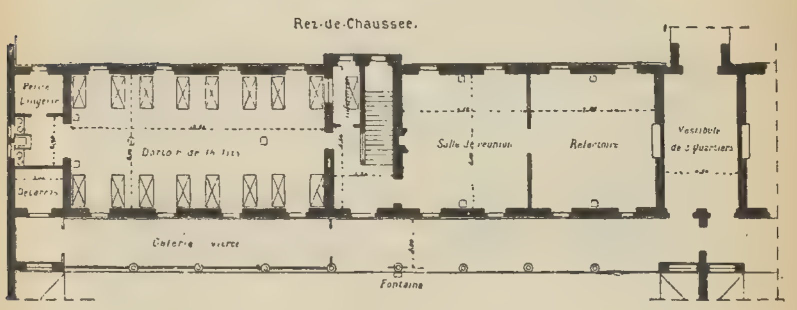


Fig. 38.

Deux quartiers de travailleurs (quartiers Pinel et Esquirol), construits sur les plans de M. Henri Maréchal, architecte, ont été édifiés en 1879. Ils sont actuellement affectés au service des alcooliques hommes.

L'asile proprement dit contient une division pour les hommes, une division pour les femmes et un service spécial pour les hommes alcooliques qui sont isolés dans les quartiers Pinel et Esquirol.

Au 1er janvier 1900, les malades en traitement étaient au nombre de 1 167, savoir : hommes, 673 ; femmes, 494.

ASILE DE VAUCLUSE,

A Épinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

L'asile proprement dit contient une division pour les hommes et une division pour les femmes; à l'asile est annexée une colonie pour jeunes garçons idiots et arriérés.

Au 1er janvier 1900, les malades en traitement étaient au nombre de 1157, savoir : hommes, 623; femmes, 494, et colons, 40.

ASILE DE VILLEJUIF,

Arrondissement de Sceaux (Seine).

Les premiers quartiers terminés reçurent des malades (femmes) pour lesquels 320 lits avaient été installés.

Au 1er janvier 1900, les malades en traitement étaient au nombre de 1540, savoir : hommes, 683; femmes, 857.]

Traitement avant l'internement.

Avant tout, il s'agit d'établir si l'on est en présence d'une véritable psychose et de formuler, autant que possible, un diagnostic. Ensuite, s'il y a lieu, il faut se décider rapidement pour l'internement dans un asile. En attendant le transfert du malade, il faut empêcher tout ce qui peut lui nuire : distractions inopportunes, fatigue professionnelle, usage de l'alcool. Le mieux dans ce cas est de recommander, jusqu'au moment du départ pour l'asile, le repos au lit, l'abstention de tous les excitants et de toutes les visites, une nourriture légère, quelques laxatifs, et, éventuellement, des médicaments contre l'agitation, la dépression ou l'insomnie. Il n'est pas bon de dissimuler au malade son transfert dans une maison de santé. A des sujets trop récalcitrants on peut, pour faciliter leur transport, administrer un calmant (une injection d'hyoscine, par exemple). Dans des cas où le transport est tout à fait difficile par manque de personnel suffisant, quelques médecins concèdent encore l'emploi de la camisole de force, ce qui devrait être absolument défendu : cet instrument de contention doit être complètement banni de la thérapeutique des affections mentales. La figure 39 représente un homme normal portant la camisole de force, qui gêne les fonctions des organes thoraciques. [Le *non-restreint* dans le traitement des aliénés est pratiqué depuis long-

temps. Ce système a été employé déjà en 1839 par Conolly, à l'asile Hanwell, comté de Middlesex. Morel, qui a pu étudier ce système de près, le préconisa très chaudement dans un travail spécial publié en 1860. A son tour, Magnan se montra, dès 1867, un partisan convaincu du non-restreint dans toute sa rigueur. Dans son service de l'Asile clinique, il l'appliqua dès 1877. Ce service, dit d'admission, comprend des malades dont l'affection mentale est toute récente et dont le délire est extrêmement actif. Malgré ces difficultés, Magnan n'emploie jamais la camisole de force, et, fait très remarquable, l'excitation maniaque furieuse, si fréquente dans les services où l'usage de la camisole est admis, constitue dans les salles de l'admission de l'Asile clinique un phénomène exceptionnel, observé parfois chez des épileptiques délirants. En somme, il est démontré aujourd'hui que la camisole de force, comme, d'ailleurs, tous les autres moyens violents de contention, doit être supprimée de l'arsenal thérapeutique des aliénés.]



Fig. 39. — Camisole de force, mise à un homme normal.

Traitement à l'asile.

L'alitement. — Le malade, une fois entré, est mis au lit, après avoir pris toutefois un bain de propreté. Le repos au lit, par lui-même, est déjà un facteur thérapeutique précieux. Tout malade nouveau reste au lit pendant quelques jours, dans un but d'observation. Un repos prolongé au lit est nécessaire : aux agités, aux dépri-

més, aux sujets qui veulent s'évader, aux malades affaiblis ou atteints de quelque affection somatique. La surveillance des aliénés alités doit être de jour et de nuit; il est donc nécessaire de placer près d'eux des gardes spéciaux pour la nuit. [D'après Falk, Cælius Aurelianus aurait déjà employé l'alitement dans le traitement de l'excitation maniaque. On trouvera des indications intéressantes sur ce mode de traitement dans l'ouvrage publié en 1901 par MM. Paul Garnier et Cololian sur la thérapeutique des maladies mentales et nerveuses. Notons seulement que presque tous les aliénistes français modernes pratiquent aujourd'hui l'alitement; ils reconnaissent, avec les auteurs étrangers, Guislain, Hagen, Fürstner, Korsakoff, Batty-Take, Weir-Mitchell, que « la pratique de l'alitement, comme le déclare Magnan, modère, d'une part, les manifestations furieuses, et calme, d'autre part, la douleur morale ». Les avantages de l'alitement des aliénés peuvent se résumer ainsi: amélioration physique, diminution de l'excitation psychique, sommeil plus régulier, surveillance plus commode, examen somatique plus facile. Ces raisons nous paraissent largement suffisantes pour reconnaître la supériorité de l'alitement sur les quartiers des cellules et les sections d'agités, où les aliénés se démènent comme des bêtes fauves.] (Comparer les figures 18 et 19 [hors texte] représentant, la première, le traitement des aliénés par l'alitement et, la seconde, la cellule d'autrefois avec les barres de fer et les fauteuils de force.) Pour les malades les plus excités, on emploie d'a-



Fig. 40. — Malade avec tendances à tout déchirer, vêtue d'une robe de toile forte.

bord le lit dont les parois sont fortement capitonnées. Dans certains asiles, il est d'usage de donner aux malades qui déchirent tout ce qu'ils portent sur eux des vêtements en toile très solide. La figure 40 en est un exemple.

En cas d'agitation extrême, il y a lieu, outre le bain, d'isoler complètement le malade. On évitera un isolement cellulaire individuel, ainsi qu'un isolement dans une section trop nombreuse. Une salle d'isolement pouvant contenir dix sujets est largement suffisante. Tout isolement doit être prescrit par le médecin lui-même; cette mesure doit être employée dans un but thérapeutique et non pas comme moyen de se débarrasser, pour un temps plus ou moins long, d'un malade gênant. On peut distinguer :

1° L'*isolement au moyen d'un paravent* placé devant le lit ou l'alitement dans une chambre ayant la porte ouverte;

2° L'*isolement dans une chambre séparée,* dont la porte est fermée, mais non *à clef*;

3° L'*isolement dans une pièce séparée*, fermée à clef, avec la lumière venant d'en haut, et ne contenant que les objets suivants : un matelas, une couverture et un vase de nuit en celluloïd. Ce dernier mode d'isolement ne doit être employé que pour des malades agités cherchant à s'évader, et encore ne faut-il s'en servir que pendant quelques heures, tout en faisant exercer une surveillance permanente sur le sujet;

4° L'*isolement dans une cellule capitonnée*, c'est-à-dire une pièce garnie de coussins enveloppés de toile peinte très résistante. Cet isolement convient à des sujets dont l'agitation est furieuse, comme on en voit quelquefois dans l'épilepsie. Cette installation manque complètement dans un grand nombre d'établissements. L'isolement trop prolongé, pendant des semaines, par exemple, est un moyen nuisible qui abrutit les malades. En revanche, il est avantageux d'aliter le malade, pendant la nuit, dans une pièce isolée.

Un des plus importants facteurs du traitement à l'asile est un *personnel d'infirmiers et d'infirmières* bien dressé. Il faut un gardien pour quatre à six malades agités, ou pour dix à quinze tranquilles, capables de s'occuper. Il est difficile de trouver, pour ce service fatigant, plein de responsabilité et souvent répugnant, un personnel à la fois convenable, méticuleusement propre, zélé, énergique, prudent, plein de patience et de douceur. Son instruction doit être poursuivie, sous la direction des médecins, dans des cours d'infirmiers et dans les exercices pratiques à l'asile

même. Il est très désirable qu'une partie de ces employés, au moins les gardiens-chefs, soient à l'asile à demeure.

Traitement par les agents physiques.

Balnéothérapie et hydrothérapie. — Les *bains prolongés tièdes* sont particulièrement précieux dans le traitement des états d'agitation. Parfois, les malades ne s'y habituent qu'au bout de quelques jours, et finissent par se sentir très à leur aise dans l'eau. Sont dans ce cas, d'abord les maniaques, ensuite les catatoniques, les paralytiques généraux, les délirants. Le bain doit être à 35° centigrades (Celsius) et durer dix à douze heures; les malades peuvent y rester même pendant les repas. On soutient les patients très affaiblis à l'aide d'une toile tendue dans la baignoire.

On évitera l'usage des baignoires à couvercle.

La menstruation n'étant en aucune façon troublée par les bains, ces derniers seront conseillés même pendant les règles. De plus, les bains prolongés se recommandent dans les cas d'escarres, qui s'y guérissent d'une manière parfois surprenante. En outre, on peut plonger dans un bain les malades atteints de plaies et qui ne gardent pas leur pansement en place. On peut faire dans le bain de petites opérations, telles que l'ouverture d'un abcès. Il n'est pas prudent d'ajouter au bain des antiseptiques actifs, car le malade pourrait se mettre à boire l'eau de son bain. Les bains prolongés sont également indiqués pour les gâteux; il faut seulement prendre garde que le sujet ne boive pas de l'eau de son bain et ne se donne ainsi une diarrhée qui rendrait le gâtisme plus actif. Il est plus pratique, en tout cas, de prévenir le gâtisme par des lavements qui régularisent les selles. Parfois, chez les malades profondément cachectiques, l'appétit s'améliore extraordinairement par le bain prolongé. Pour éviter les poussées congestives vers l'encéphale, on peut mettre sur la tête un linge trempé dans de l'eau froide ou un bonnet de caoutchouc rempli d'eau glacée. Les douches froides ne doivent pas être employées. Contre l'excitation sexuelle, des bains de siège froids peuvent être ordonnés utilement.

Contre l'agitation d'intensité moyenne se recommande l'enveloppement dans un drap mouillé (Voy. fig. 41).

Le malade est enveloppé dans un drap de toile mouillé et roulé ensuite dans une épaisse couverture de laine. Cette

méthode de traitement est surtout utile chez certains catatoniques ; elle leur procure une agréable excitation

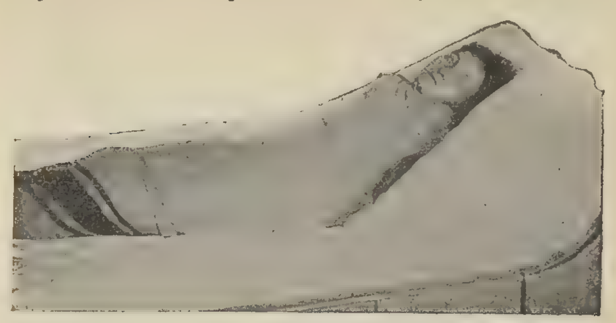


Fig. 41. — Une malade traitée par l'enveloppement dans un drap mouillé.

cutanée, mais elle réclame une surveillance attentive et, dès que le malade s'agite (Voy. fig. 42), il faut le démailloter. La durée de l'enveloppement ne doit pas dépasser trois à quatre heures.



Fig. 42. — Une malade s'agite dans son drap mouillé. Indication pour la démailloter.

L'*électricité* est peu employée. Parfois les malades ont déjà, sous l'influence de leurs hallucinations, des idées délirantes relatives à l'électricité. Chez les hystériques et les neurasthéniques, l'électricité se recommande à l'occasion, surtout comme moyen de suggestion déguisée. Quoi qu'il en soit, la faradisation semble pourtant exciter, chez des individus affaiblis, les fonctions végétatives. Le *massage* peut à son tour être employé chez des malades très affaiblis, principalement chez ceux qui sont atteints de stupeur.

L'***alimentation*** est un facteur de traitement d'une grande valeur. Dans les affections mentales chroniques, il ne s'agit évidemment que d'éviter les aliments nuisibles. L'alcool devrait être banni de tout asile; comme la moitié au moins des malades d'un asile comprend des alcooliques, des épileptiques, des paralytiques généraux, des excités maniaques, c'est-à-dire des sujets auxquels même de petites quantités d'alcool sont extrêmement nuisibles, l'abstinence absolue devrait être la règle pour tout établissement consacré au traitement des aliénés.

Dans des cas récents qui s'accompagnent d'agitation, un régime alimentaire fortifiant peut être très utile. Des malades atteints de psychoses d'épuisement et physiquement affaiblis ont besoin d'une nourriture aussi abondante que possible; quelquefois il faut leur faire suivre un véritable régime destiné à les faire engraisser rapidement. En plus du menu alimentaire ordinaire, il faut accorder souvent des suppléments de lait, d'œufs, de beurre ou de sucre. On évitera cependant des indigestions.

Outre le *kéfir*, on peut prescrire des préparations nutritives comme la somatose ou le plasmon. Dans les cas d'absence d'appétit et de dégoût des aliments, on peut exciter le besoin de manger par des injections de sérum physiologique.

Quand le malade accepte difficilement la nourriture, on doit essayer patiemment d'introduire des aliments avec une cuiller ou un biberon. S'il survient un *refus complet de nourriture*, on peut d'abord attendre trois à quatre jours chez des sujets dont la nutrition générale est bonne, avant de recourir à l'alimentation artificielle. La présence ou l'odeur d'acétone dans l'urine est une indication pour l'alimentation immédiate *par la sonde*. Mais

alors ce mode d'alimentation doit se faire régulièrement jusqu'à ce que le malade accepte à manger de lui-même la nourriture qui doit lui être toujours présentée auparavant. L'important est que le sujet ne rende pas l'opération plus difficile et que les aliments soient administrés avec précaution. Le malade est maintenu par un personnel suffisant (quatre à six infirmiers); puis on introduit lentement, à travers l'orifice nasal, une sonde d'une grosseur moyenne, molle et enduite d'huile. On s'assure bien, par l'auscultation de la région stomacale, de la position exacte de la sonde dans l'œsophage ; en effet, en faisant insuffler de l'air dans la sonde, on doit entendre par cette auscultation un bruit de clapotage. Parfois, la sonde reste pelotonnée dans la cavité buccale. Le cas le plus dangereux consiste dans la pénétration de la sonde dans la trachée; cet accident est des plus graves chez les sujets cachectiques, particulièrement les paralytiques généraux, car, chez eux, le passage de la sonde dans les voies aériennes ne provoque pas le réflexe de la toux et ne peut, par conséquent, nullement se reconnaître par une réaction immédiate du sujet. Si la cavité nasale est trop étroite, il faut, au moyen du spéculum buccal, tenir les dents desserrées et faire glisser la sonde entre deux doigts avancés jusqu'au pharynx; cette manœuvre permet de s'assurer par la palpation que la sonde est parvenue derrière les cartilages arythénoïdes dans l'œsophage. Ensuite, on introduit la nourriture lentement à l'état liquide au moyen d'un entonnoir ajusté à l'extrémité libre de la sonde. Quand l'opération est terminée, on enlève la sonde rapidement pour éviter la pénétration dans les voies respiratoires de quelques gouttes restées dans le tube, pénétration qui peut parfois donner lieu à des accidents graves, à une pneumonie, par exemple. Comme aliment pouvant être administré artificiellement, on recommande le mélange suivant donné une ou deux fois par jour : 30 grammes de cacao, 1 litre de lait, un jaune d'œuf, 50 à 100 grammes de sucre, une cuillerée à café de sel de cuisine; ou bien encore, pour varier le menu, le mélange que voici : 50 grammes de fécule de petits pois ou de haricots bien bouillis dans trois quarts de litre d'eau, deux jaunes d'œuf et une cuillerée à café de sel de cuisine. On a déjà observé qu'une alimentation trop uniforme détermine le scorbut. Aussi, est-il utile de varier les aliments en ajou-

tant un peu de viande finement hachée ou une préparation nutritive [comme le carnigène ou la somatose], des légumes verts bouillis réduits en purée, du jus de citron. Le soir, on peut facilement ajouter aux aliments un médicament hypnotique. Après le repas artificiellement pris, il est indispensable que le sujet reste étendu pour éviter des vomissements.

Chez les malades cachectiques, des injections de sérum physiologique artificiel sont souvent très utiles.

Les *escarres* peuvent presque toujours être évitées par un traitement préventif. Dans ce but, il faut changer souvent la position des malades dans leur lit; parfois même, il est bon de les faire s'asseoir pour un moment sur une chaise; en outre, il importe de veiller strictement à ce qu'ils aient une couche sans plis et à ce que, dans le cas d'incontinence d'urine et des matières fécales, ils soient immédiatement bien nettoyés. Les régions menacées d'escarre doivent être enduites de glycérine. Il est pratique aussi de faire coucher les sujets de façon que la région fessière repose nue sur une sorte de mousse hydrophile (*sphagnum cuspidatum*) ; quand cette couche est souillée, il est facile d'en enlever les parties humides et de les remplacer par de la mousse sèche. En cas d'escarres graves, il est avantageux de maintenir le malade au bain toute la journée; pour la nuit, on le couche sur un lit abondamment garni de mousse.

Traitement médicamenteux.

Les médicaments ne jouent pas un grand rôle dans le traitement des affections mentales. L'indication symptomatique la plus importante pour l'emploi des médicaments est fournie par l'insomnie. Or, si l'on dispose d'un espace suffisant, et si l'on répartit avec soin les malades, on peut souvent parvenir à se passer pendant longtemps de toute sorte de narcotiques. En cas d'insomnie, on commencera par mettre le malade dans un dortoir tranquille; on lui donnera au besoin une chambre à part; si cela ne suffit pas, on essaiera des bains de siège ou des bains de pieds chauds, des compresses de Priessnitz appliquées sur le bas-ventre, ou des « bas humides ». Il faut remarquer que la galvanisation de la tête ou le massage vibratoire du crâne ne sont d'aucune utilité.

Cependant, dans les établissements possédant de très nombreux pensionnaires et dans la clientèle privée, il est souvent impossible de ne pas recourir aux *médicaments narcotiques*.

1° L'un des hypnotiques les plus inoffensifs est le *paraldéhyde* (à la dose de 5 grammes à 10 grammes par jour). Si l'on en prend, en se couchant, 4 à 6 grammes dans un peu d'eau sucrée, on s'endort rapidement. Le goût en est détestable et pendant plusieurs jours l'odeur en reste dans l'air que l'on expire. Cette substance répugne souvent au malade, mais, pour en masquer le goût, on peut soit l'administrer dans des capsules de gélatine, soit l'introduire au moyen de la sonde œsophagienne pendant l'alimentation artificielle. Il n'y a aucun danger à doubler même la dose, et il n'en résulte pas d'effet consécutif mauvais. Donné à des doses plus petites et souvent répétées, par exemple 1 ou 2 grammes toutes les deux heures, le paraldéhyde agit comme sédatif dans les états d'anxiété ou d'inquiétude. On observe, à la longue, de l'accoutumance. L'abus de ce médicament (20 à 40 grammes par jour) peut donner lieu à un délire spécial. [Le paraldéhyde est peu employé dans la thérapeutique française actuelle. Il a fait cependant l'objet d'un nombre considérable de recherches cliniques et expérimentales par des auteurs comme Dujardin-Beaumetz, Hayem, Desnos, Quinquaud, qui ont tous vanté ses qualités hypnotiques, à la dose de 2 à 3 grammes. En médecine mentale, ses succès ont été médiocres ; son action est inférieure à celle du chloral.]

2° *Hydrate d'amylène* (4 à 8 grammes par jour), agit d'une façon analogue au paraldéhyde, mais avec plus d'intensité ; son goût est aussi mauvais. Il s'emploie à petites doses comme sédatif.

3° *Hydrate de chloral* (3 à 6 grammes par jour), peut être administré à la dose de 2 à 3 grammes, soit par la bouche, soit en lavement dans un véhicule mucilagineux, soit aussi en injection sous-cutanée. Ces trois modes d'administration agissent très sûrement. Il faut seulement noter qu'avec la méthode hypodermique on a observé quelquefois des accidents toxiques sous forme de « rash chloralique », des bouffées de chaleur, d'œdème, d'acné ; de plus, il y a danger de collapsus chez les sujets dont le cœur ou les vaisseaux sont en mauvais état. Sont à signaler comme peu sûrs et souvent toxiques : le *chloral-uréthane*

(dose : 2 grammes à 3 grammes) et le *chloratose* (dose : $0^{gr},10$ à $0^{gr},50$). [Le chloralose, qui se prépare en chauffant un mélange, à parties égales, de chloral et de glycose anhydres, a été découvert en 1889 par Heffter et étudié au point de vue thérapeutique par Hanriot et Ch. Richet. D'après ces auteurs, le chloralose, à la dose de $0^{gr},25$ à $0^{gr},50$, serait un bon hypnotique.]

Le *dormiol* (mélange d'hydrate de chlorate et d'amylène) agit mieux (dose : $1^{gr},5$ à $2^{gr},5$ par jour). Le *chloralamide* (dose : 4 grammes à 8 grammes par jour) est signalé par Bradbury comme n'étant pas nuisible pour les fonctions cardiaques. [Bosc (de Montpellier) a étudié dans le service du professeur Mairet le chloralamide, dont l'action est moins sûre, à dose égale, que celle du chloral. Il conclut au rejet de ce médicament de l'arsenal thérapeutique.]

4° L'*alcool* pris à la dose de 50 grammes est un narcotique bénin ; pourtant il vaut mieux ne pas s'en servir dans les asiles et les maisons de santé, où l'abstinence alcoolique doit être la règle absolue.

5° Le *trional* (2 grammes à 4 grammes par jour donné à des doses variant de 1 à 2 grammes) agit lentement, mais agréablement et sûrement. Il se dissout difficilement dans l'eau froide et peut être pris le soir dans la soupe ou dans un demi-litre de lait. Son action persiste encore le lendemain. Ce médicament convient moins bien aux sujets cachectiques et très âgés. Il faut éviter de le donner longtemps d'une façon suivie pour ne pas exposer le malade à son action accumulative. [Le trional a été expérimenté en France par un grand nombre d'aliénistes et neurologistes. Il semble surtout indiqué dans les états d'excitation de diverses démences, y compris la paralysie générale ; il combat assez bien l'insomnie des morphinomanes et des sujets atteints des psychoses chroniques.]

6° Le *sulfonal* (2 grammes à 4 grammes par jour), donné ordinairement de 1 à 2 grammes, agit un peu plus faiblement, mais d'une manière semblable au trional. Il est tout aussi difficilement soluble dans les liquides froids. [Le sulfonal a été découvert par Baumann et expérimenté comme hypnotique par Rabbas, Kast, Mairet, C. Paul, Mabon. Dans une étude personnelle sur le *sulfonal chez les aliénés* (Paris, 1891, chez Lecrosnier et Babé), je suis arrivé aux conclusions suivantes, que l'expérience ultérieure n'a fait que confirmer : 1° le sulfonal, pris à la

dose de $0^{gr},75$ à 3 grammes, détermine le plus souvent, deux à quatre heures après l'ingestion, de quatre à neuf heures de sommeil; 2° le sommeil sulfonalique est généralement continu, calme et profond; 3° le sulfonal agit mal quand il existe une douleur organique qui empêche le sommeil; en pareil cas, il ne devient soporifique que lorsqu'on l'associe à la morphine; 4° les doses fractionnées de sulfonal données dans le courant de la journée calment rarement l'agitation des maniaques; 5° le sulfonal s'accumule facilement dans l'organisme et manifeste son action pendant plusieurs jours qui suivent l'administration d'une dose massive; 6° le sulfonal peut être supprimé au gré de l'expérimentateur; il n'existe pas d'accoutumance très prononcée pour ce médicament; 7° le sulfonal méthodiquement administré peut concourir au rétablissement de la fonction du sommeil normal; 8° le meilleur mode d'administration du sulfonal consiste à le donner au commencement du second repas dans un verre de bouillon ou de tisane chauds.]

7° Le *bromhydrate d'hyoscine* ou de *scopolamine* ($0^{gr},001$-$0^{gr},003$ par jour) appartient aux plus forts narcotiques et calmants. [On l'appelle quelquefois « la camisole de force chimique ».] Son avantage est de pouvoir être administré facilement sous forme d'injections sous-cutanées.

Ce médicament est souvent utile dans les asiles trop encombrés, quand il s'agit de calmer des malades en état d'agitation furibonde, surtout nocturne. Il suffit d'injecter $0^{mgr},5$ à 2 milligrammes de cette substance pour produire au bout de quelques minutes une paralysie motrice, suivie rapidement d'un profond sommeil durant cinq ou six heures. Avant la narcose, le malade se plaint d'une sécheresse de la bouche; sa voix devient enrouée et ses pupilles présentent une mydriase très accusée. Je n'ai jamais constaté que son emploi, même fréquent, ait eu d'autres effets inquiétants que quelques rares vomissements.

Le sulfate de duboïsine agit d'une façon analogue (dose : $0^{gr},005$-$0^{gr},001$ par jour). L'hyoscyamine cristallisée (dose : $0^{gr},001$-$0^{gr},003$ par jour) agit moins sûrement et est moins exempte d'effets secondaires inquiétants.

8° Parmi quelques préparations modernes, qui parfois manquent de sûreté dans leurs effets narcotiques, citons encore : l'*uréthane* en solution (dose : de 1 à 4 grammes par

jour); analogue à ce dernier, l'*hédonal* (2 à 3 grammes).

[En 1901, j'ai fait, avec M. Philippet, une série de recherches expérimentales et cliniques sur ce nouveau narcotique.

De diverses expériences et observations cliniques nous avons été amenés à formuler les conclusions suivantes, présentées au Congrès des aliénistes et neurologistes, à Limoges :

1° *En ce qui concerne son action physiologique :*

a. L'hédonal détermine, aussitôt après l'absorption, une hyperthermie de deux à cinq dixièmes de degré; puis, après une période stationnaire, il produit, au contraire, une hypothermie de deux à trois dixièmes de degré, toujours par rapport à la température primitive. Nous croyons que ce fait n'a pas été signalé jusqu'à présent. Il mérite d'autant plus d'attirer l'attention que l'hydrate de chloral, auquel on le compare, abaisse toujours la température, soit immédiatement après l'absorption, soit au réveil.

b. L'hédonal a, relativement au chloral, très peu d'action sur la respiration et la pression sanguine; pour ralentir la première et diminuer la seconde, il faut employer des doses environ dix fois plus fortes du nouvel hypnotique que si l'on se servait du chloral.

c. La toxicité mortelle de l'hédonal semble être de 1 gramme par kilogramme d'animal; mais il faut tenir grand compte du mode d'introduction du médicament dans l'organisme ; c'est ainsi que nous avons pu, sans déterminer la mort, faire, à un chien de 9 kilogrammes, une injection intramusculaire de $2^{gr},66$ par kilogramme, soit 24 grammes d'hédonal en solution huileuse.

d. L'hédonal augmente le taux de l'urée.

2° *En ce qui concerne son action hypnotique :*

a. L'hédonal, quand il endort, le fait assez rapidement, en moyenne une heure et demie ou deux heures après l'absorption, sans phase préalable d'agitation. Le sommeil produit est calme ; il n'est pas de très longue durée, au maximum quatre heures, du moins à la dose de 1 ou 2 grammes ; le réveil ne s'accompagne d'aucun malaise.

b. L'action de l'hédonal est plus sûre contre l'insomnie des affections dans lesquelles n'entrent pas d'éléments mentaux; ainsi, un rhumatisant aigu, un tuberculeux, un choréique, un tabétique ont profité de l'action hypnotique

de ce médicament, tandis que, de tous les aliénés soumis à son action (délirant chronique, hypocondriaque, mélancolique, circulaire), un seul (persécuté hystérique) a eu, grâce à l'hédonal, quelques nuits de sommeil.

En somme, nous avons dans l'hédonal un hypnotique inoffensif.

A dose égale, il paraît moins actif que le chloral et le sulfonal.

Mais, à cause même de sa très faible toxicité, la comparaison ne devrait pas se faire à dose égale, et des expériences ultérieures plus hardies donneraient, sans doute, des résultats plus probants.]

Vient ensuite la série des narcotiques moins usités : l'*ural* (dose : 2-3 grammes par jour), le *somnal* (4-6 grammes par jour), le *méthylal* (1-3 grammes par jour), le *chlorhydrate de pellotine* (0gr,05-0gr,08 par jour) administré aussi en injections sous-cutanées; l'*hypnal* (0gr,50-1 gramme par jour) en solution; le *tétronal* (1-2 grammes), analogue au sulfonal ; le *tannate de cannabine* (0gr,25-1 gramme par jour) donné en poudre ou en pilules; le *cannabinon* administré en pilules (0gr,10-0gr,20 par jour); le *lactophène* (1-3 grammes par jour). Comme narcotique à l'usage des alcooliques, on a recommandé le *chlorhydrate d'apomorphine* (0gr,02-0gr,06 par jour). Parmi les médicaments *sédatifs*, nous possédons, outre quelques-uns déjà cités avec les substances narcotiques, encore les suivants :

1° Les *bromures*, utiles aux neurasthéniques, aux maniaques légèrement agités et surtout aux épileptiques (Voy. chap. xv). On peut donner les bromures à des doses variant entre 1 et 6 grammes par jour, soit sous forme de *bromure de sodium*, soit sous celle d'un mélange des trois *bromures* : *de sodium*, *de potassium*, *d'ammonium*, soit encore sous forme de *bromures effervescents*.

L'usage prolongé des bromures détermine une intoxication, du *bromisme*, qui se caractérise par les accidents suivants : hébétude, affaiblissement de la mémoire, acné, troubles digestifs, troubles moteurs, amaigrissement. On peut remplacer les bromures purs par des préparations avec lesquelles le bromisme serait moins à redouter ; ce sont la *bromaline* et, surtout, la *bromipine*, mélange de bromure avec de l'huile de sésame.

2° L'*opium*, indiqué dans le traitement des états de dépression et d'angoisse, en particulier de la mélancolie

sénile. Pour être efficace, on doit l'appliquer d'une façon méthodique et systématique (Voy. chap. xx). Dans le traitement de l'épilepsie, on peut combiner les bromures avec l'opium (Voy. chap. xv). L'opium est dangereux chez les enfants et chez des sujets atteints d'affections cardiaques. La dose quotidienne (15 à 30 gouttes de teinture d'opium) doit augmenter et diminuer successivement.

Pendant la cure d'opium, il faut veiller à la régularité de l'appétit et des selles. [En France, l'opium a été employé avec succès dans la thérapeutique des affections mentales par Moreau (de Tours), Michéa, Baillarger, Marcé, Legrand du Saulle, Morel et tous les aliénistes modernes.]

Le *chlorhydrate de morphine* (dose : $0^{gr},03$-$0^{gr},10$ par jour), qui est contre-indiqué chez les sujets anémiques, a été recommandé dans le traitement des états d'anxiété ; il est pourtant préférable d'éviter l'usage de ce médicament, à cause du danger du morphinisme et de la morphinomanie. [C'est Auguste Voisin qui a vulgarisé en France le traitement des troubles mentaux par le chlorhydrate de morphine (1874). Après avoir essayé d'abord ce médicament dans la mélancolie, il l'employa bientôt dans les diverses psychoses accompagnées d'idées délirantes, d'agitation et d'hallucinations. Cette méthode thérapeutique lui a permis d'obtenir un certain nombre de guérisons. On trouvera tous les détails sur les indications et les contre-indications de cette méthode dans son travail publié en 1874 dans le *Bulletin général de thérapeutique.*]

Moins dangereux sont la *codéine* et le *phosphate de codéine* (dose : $0^{gr},10$-$0^{gr},30$). On a aussi recommandé la *dionine* et l'*héroïne.*

3° Dans les états d'agitation particulièrement intense, il peut être nécessaire de recourir à une narcose prudente par le *chloroforme*, l'*éther* ou le *bromure d'éthyle.* [Dans une série de recherches que j'ai poursuivies, en collaboration avec MM. Malherbe et Laval, en 1902, sur l'anesthésie générale au *chlorure d'éthyle*, nous avons démontré que cette substance permet d'obtenir une narcose rapide sans exercer une action irritative sur aucun système de l'organisme.]

4° Parmi les sédatifs d'invention moderne, il faut citer : la *piscidia erythrina*, soit en poudre (dose : $0^{gr},50$ à 1 gramme), soit en solution (dose : $0^{gr},50$-1 gramme d'ex-

trait). Ce médicament, destiné à remplacer l'opium, est d'une action peu sûre.

Bodoni a recommandé le *bleu de méthylène* contre l'agitation maniaque (dose : 0gr,10-0gr,50 par jour).

On a proposé aussi comme calmants dans les formes d'excitation légère : l'*antipyrine*, la *salypirine*, la *phénacétine*, l'*antifibrine*, le *citrophène*, l'*aspirine*, l'*analgène*, l'*exalgène*, la *quinine*.

Les médicaments toniques sont parfois indiqués, tels que les préparations de *quinquina*, de *fer* et d'*arsenic*.

On est souvent obligé de régulariser les *fonctions du cœur et des vaisseaux*.

Dans l'hyperémie cérébrale, outre les stimulants froids appliqués sur la tête, les bains tièdes et les frictions, on emploie les excitants agissant sur la peau, comme les sinapismes ; on pratique aussi la *dérivation* par la voie *intestinale* à l'aide de purgatifs appropriés. Le *nitrite d'amyle*, qui dilate les vaisseaux, est d'un effet peu sûr et d'un maniement dangereux. On peut encore recourir à des médicaments qui rétrécissent les vaisseaux, comme la *belladone*, l'*atropine*, la *quinine*, la *caféine*, le *seigle ergoté*, l'*ergotine*. Dans la faiblesse du cœur, on utilisera avec précaution la *digitale* et le *strophantus*, le *camphre*, le *bromure de camphre*, l'*éther*, l'*alcool* et surtout le *café*, très important dans les états d'agitation compliqués d'affaiblissement de l'activité cardiaque.

Comme moyens destinés à calmer l'excitation sexuelle, on emploie, outre l'éloignement de toutes les causes d'ordre extérieur, des *bains de siège* froids ; on conseille d'éviter une nourriture excitante ; on administre surtout des *bromures*, en particulier le *bromure de camphre*, la *lupuline*, la *teinture de vératrine*, l'*acide salicylique*.

L'*iodure de potassium* est recommandé contre la syphilis cérébrale, ainsi que contre l'artériosclérose du système nerveux. Dans la paralysie générale, ce médicament n'a aucune valeur ; quant au *mercure*, il serait, en pareil cas, plutôt nuisible. [Le *traitement mercuriel* intense, bien conduit, appliqué au moment opportun, peut rendre, à notre avis, de très grands services, à la période préparalytique de la méningo-encéphalite diffuse, d'origine syphilitique ou non. Il est donc indispensable de le tenter chaque fois qu'il est rationnel de le faire.]

Dans le traitement du myxœdème, on emploie la *thyroï-*

dine, ainsi que les autres préparations de la glande thyroïde. Cette opothérapie devrait être expérimentée aussi chez les déments juvéniles. Notons seulement qu'elle exige une grande prudence, en raison de son action sur le cœur.

Il faut mentionner aussi la méthode de traitement essayée jusqu'ici sans succès et qui consiste à provoquer chez les sujets excités une fièvre artificielle, soit en leur transmettant l'érysipèle, soit en provoquant un abcès par l'injection de toxines ou, plus simplement, de térébenthine.

Traitement moral.

Dans la thérapeutique morale ancienne (Reil) [Leuret, en France], on espérait obtenir des résultats favorables en provoquant chez les aliénés des émotions, en les effrayant, ou bien en leur faisant entendre de la musique appropriée à leur état mental.

Aujourd'hui, l'asile d'aliénés doit avoir pour objectif d'aller au-devant de tous les besoins physiques et moraux des malades. Avant tout, l'influence morale résulte des rapports qui s'établissent entre ces derniers et le médecin appelé à les traiter. C'est pourquoi Griesinger exige du psychiâtre des qualités nombreuses et rares, en particulier de la bienveillance, de la patience, de l'absence de préjugés, de la souplesse du caractère et de l'intelligence, et, surtout, une *vocation* à s'occuper des aliénés. Le médecin doit aborder le malade avec sympathie, franchise et fermeté. Tout subterfuge, comme souvent on en emploie avant le transport du malade à l'asile, doit être évité. La menace, la discipline sévère doivent être laissées de côté. On obtient beaucoup plus par la persuasion, la patience et la persévérance. Quelquefois, des nouvelles, reçues de la maison, ou des visites, produisent sur les mélancoliques un effet défavorable. Les paranoïques et les obsédés deviennent parfois excités, quand on les entretient de leurs idées délirantes. Les hypocondriaques et les neurasthéniques éprouvent, dans les mêmes conditions, le besoin de s'épancher. Chez les maniaques, toute impression nouvelle produit de l'excitation.

Lorsque, après le traitement par l'alitement, le malade est calmé et fortifié, il faut profiter de ces bonnes dispo-

sitions pour commencer à l'occuper [à quelque travail manuel].

Au début de l'histoire de l'hypnotisme, on espérait de lui de grands résultats thérapeutiques. Or, les aliénés accessibles à la suggestion hypnotique sont en très petit nombre, de sorte que l'effet curatif de l'hypnotisme est des plus rares. Cette méthode de traitement semblerait plutôt indiquée dans les états mentaux qui sont sur la frontière de la folie : les obsessions, les perversions du sens génital, la neurasthénie. Les hystériques sont à la vérité faciles à hypnotiser, mais leur affection mentale n'en guérit pas mieux pour cela. Souvent, grâce à la suggestion hypnotique, un symptôme est éliminé, mais il en survient un autre plus incommode encore à la place du premier. On peut cependant utiliser l'hypnotisme contre certains symptômes hystériques, comme l'aphasie ou l'abasie. Dans le traitement des alcooliques et des morphinistes chroniques, on aurait obtenu plusieurs résultats satisfaisants.

Le moyen qui paraît être le plus pratique pour obtenir l'hypnose est celui qui a été indiqué par Bernheim. On fait asseoir le patient sur un fauteuil, dans une chambre à demi obscure ; on le fixe dans les yeux pendant quelques secondes ou quelques minutes et on lui affirme qu'il commence maintenant à dormir, que ses paupières vont se fermer, que ses membres sont alourdis. L'hypnotiseur tient fixé son doigt au-dessus des paupières du sujet, qu'il laisse tomber lentement, de manière que les yeux du malade le suivent jusqu'à ce qu'ils se ferment entièrement. On peut appuyer le bras du sujet contre le mur et on lui affirme que le bras est raide. Aussitôt que le sujet devient suggestible, on en profite pour faire disparaître successivement les différents symptômes morbides. On touche, par exemple, la région douloureuse, on déclare que les douleurs disparaissent et l'on demande au malade hypnotisé de confirmer cette disparition. Ensuite, on lui donne une suggestion post-hypnotique portant, par exemple, sur ses habitudes alcooliques : « Vous serez dégoûté de l'absinthe et vous ne prendrez plus aucune liqueur contenant de l'eau-de-vie. » Finalement, on réveille le sujet en l'appelant par son nom. Liébault combinait avec la méthode verbale une fixation beaucoup plus prolongée, ce que Forel considère comme inutile.

Pour que la suggestion puisse s'accomplir, il faut que

le sujet concentre toute son attention sur les paroles du médecin et qu'il les comprenne, car il n'y a que ce qui est devenu pour lui une image mentale personnelle qui puisse exercer une influence réelle sur sa volonté. Le médecin, de son côté, doit procéder avec habileté et souplesse ; son attitude doit être sûre d'elle-même et sa foi en l'efficacité de la suggestion doit être aussi affirmative que possible. Souvent on peut déjà atteindre un résultat par une simple affirmation à l'état de veille, sans recourir à la suggestion hypnotique.

Le *travail* est une ressource thérapeutique indispensable, surtout dans les psychoses de longue durée. Après que l'alitement a donné le résultat attendu, les malades se lèvent d'abord quelques heures, puis pour toute la journée, et on les habitue peu à peu à s'occuper. Les femmes peuvent tricoter, et les hommes copier, aider à l'entretien de la propreté du service. On veillera à ce que ni les uns ni les autres n'aient à leur disposition des ciseaux, des couteaux ou d'autres instruments plus ou moins dangereux. Plus tard, on essaie d'employer les femmes aux travaux de cuisine, de blanchissage ou de jardinage et les hommes aux travaux se rattachant à leur métier, ou à l'agriculture, à la vannerie... Les malades cultivés peuvent s'adonner au dessin, au modelage, à la photographie, au découpage, à la lecture, à la musique. Il n'est pas mauvais de les habituer, peu à peu, à des travaux des champs.

La *mise en liberté* doit n'être d'abord que provisoire, et cela, même pour des sujets en apparence guéris. Les aliénés chroniques, sujets à des accès d'excitation, doivent être maintenus d'une façon permanente dans la colonie agricole d'où, en cas de rechute, ils peuvent être facilement transférés à l'asile central. Pour les malades guéris, mais frappés d'un affaiblissement plus ou moins accusé des facultés intellectuelles, il est souvent avantageux d'utiliser le « placement familial » avant leur envoi définitif dans leurs familles.

Depuis de longues années, on traite à Gheel (Belgique) des aliénés placés dans des familles locales, sous le contrôle médical d'un asile central. En Écosse, on retrouve cette méthode familiale dans l'assistance des aliénés, mais sans qu'il existe des liens entre les familles nourricières et sans connexion de celles-ci avec l'asile. En Allemagne, Wahrendorff, à Ilten, près de Hanovre, a fait avec succès un

essai d'assistance familiale, qui a été répété récemment en collaboration avec plusieurs asiles d'aliénés. La difficulté de ce mode d'assistance est de trouver des familles bien préparées à cet effet. Il semble que les familles les mieux indiquées seraient celles d'anciens ou d'anciennes gardes-malades qu'on devrait encourager à s'établir dans ce but. En 1900, il ne se trouvait en Allemagne que 671 aliénés confiés à des familles, chiffre trop faible eu égard à celui des malades traités dans les asiles (Möli).

[L'essai du *traitement familial* des aliénés est fait depuis quelques années avec grand succès en France, notamment à Dun-sur-Auron et à Ainay-le-Château. Dans ces deux colonies, les malades ne sont pas admis directement. Ils n'y sont envoyés qu'après avoir suivi un traitement plus ou moins prolongé dans les asiles de la Seine. Il faut remarquer que ces deux colonies ont été fondées primitivement dans le but d'y envoyer surtout des déments. Cependant, certains persécutés inoffensifs, des mélancoliques, des convalescents d'autres affections mentales profitent du séjour dans ces colonies qui, selon l'expression de Lwoff, offre les avantages d'une « vie libre avec surveillance médicale active et continue ».]

Les malades, rendus à la liberté complète, ont toujours besoin de conseils et d'une certaine surveillance. Il existe des sociétés de patronage des aliénés guéris et sortis des asiles. Ces sociétés se donnent surtout pour mission de procurer une occupation à leurs protégés qui ont perdu leur place ; la chose n'est pas toujours facile, étant donnés les préjugés du public.

[Vers 1848, Falret père, Baillarger, Mitivié et l'abbé Christophe, aumônier de la Salpêtrière, ont fondé, sous le nom de l' « Œuvre de la Salpêtrière et de Bicêtre », une société de patronage pour les aliénés guéris. Cette œuvre possède un asile dit « Ouvroir Sainte-Marie », situé à Grenelle, 52, rue du Théâtre ; son patronage s'étend, aujourd'hui, à tous les aliénés indigents sortis guéris ou convalescents des asiles de la Seine. L'œuvre offre à ces malheureux un refuge temporaire ; elle les réunit les dimanches à l'asile ; elle leur apporte aussi des secours à domicile. Des sociétés analogues existent en province. Leur utilité est incontestable et tout asile d'aliénés devrait être solidement affilié à une œuvre de patronage de ce genre.]

XI. — L'ALIÉNÉ DEVANT LA LOI

Les aliénés se trouvent très fréquemment en conflit avec la loi. Souvent, les troubles mentaux ne sont constatés qu'après que le malade a contrevenu à l'ordre public. Bien des malades se font un tort considérable en essayant de gérer eux-mêmes leurs affaires ; c'est ainsi, par exemple, que certains d'entre eux sont déclarés en faillite, ce qui aurait pu leur être épargné s'ils avaient reçu à temps une tutelle. Déjà, la loi romaine des Douze Tables avait prévu la *cura furiosi* (la curatelle de l'aliéné).

A. — CODE PÉNAL.

L'article 51 du Code pénal de l'Empire allemand est ainsi conçu :

Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était, au moment de l'action, en état d'inconscience ou de désordre morbide de l'activité intellectuelle excluant chez lui tout libre arbitre.

[C'est l'analogue de l'article 64 du Code pénal français :

Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action.

L'état mental que notre loi désigne sous le nom de « démence » équivaut à la « folie » en général.]

Le juge d'instruction et le défenseur doivent se demander toujours si le prévenu est un homme mentalement sain ou anormal. Tout crime ayant un caractère particulièrement bizarre, commis sans motif, par exemple un meurtre par plaisir, doit éveiller des soupçons de cet ordre. La mission de l'expert exige une connaissance exacte de la psychiatrie clinique. [Tous les problèmes de la psychiatrie légale ne peuvent et ne doivent viser qu'une chose : un *diagnostic* d'un syndrome ou, si possible, d'une maladie mentale. Par conséquent, pour résoudre ces problèmes, il n'est point besoin de se livrer à des considérations psychologiques sur le libre arbitre, où la controverse est

trop facile et toujours stérile ; mais il suffit de posséder une connaissance solide de la pathologie mentale et de se maintenir sur le terrain de l'appréciation des symptômes positifs susceptibles d'une démonstration réelle. Dans ces conditions, l'expert aura rempli sa mission quand il aura démontré chez le prévenu, supposé aliéné, la nature normale ou morbide des motifs de l'acte commis, ou bien lorsqu'il aura établi chez lui l'intégrité ou l'affaiblissement des facultés intellectuelles. Or, toute cette enquête se résume, en réalité, en un diagnostic clinique.] Parmi les difficultés de cette mission, citons-en trois : 1° il s'agit fréquemment d'affections mentales à leur première période, n'ayant encore que peu de symptômes prononcés; 2° il s'agit souvent d'états morbides limitrophes, qui sont sur la frontière de la folie ; 3° il s'agit parfois d'une simulation d'une affection mentale. [En cas de soupçon de simulation de la folie, le premier soin de l'expert doit être de rechercher les divers motifs qui pourraient pousser le prévenu à la simulation. Pour un individu sain d'esprit, rien n'est plus embarrassant et fatigant à bien simuler que la folie. Aussi, les *bons* simulateurs se recrutent-ils le plus souvent parmi les sujets déjà plus ou moins déséquilibrés. Mais, même ces derniers, quand ils ne sont pas particulièrement instruits en pathologie mentale, jouent mal leur rôle et se trahissent à chaque instant, aux yeux d'un aliéniste expérimenté, par des exagérations, des extravagances, des inconséquences qui sont autant d'erreurs cliniques permettant de dépister la simulation. D'ailleurs,la bonne simulation tenace et prolongée conduit très souvent à la vraie folie ; Marcé cite le cas de deux marins français qui, prisonniers sur les pontons, ayant simulé la folie pour échapper à la captivité, finirent à la longue par devenir aliénés.] L'expert est souvent obligé de se prononcer sur l'état mental du prévenu au moment de la perpétration de l'acte, et ce moment remonte quelquefois bien loin dans le passé. Cette mission est particulièrement difficile pour les affections mentales dont le début est insidieux ou dont les accidents morbides alternent avec des intervalles de santé relative (épilepsie, psychose périodique ou intermittente).

Un examen personnel du prévenu est indispensable ; en outre, l'expert doit pouvoir apprécier lui-même toutes

les conditions au milieu desquelles l'acte incriminé a été commis, ainsi que les dépositions des témoins.

Le « libre arbitre » est une conception purement juridique. On n'admet pas encore en droit ce que les sciences naturelles modernes, ainsi que la philosophie, semblent avoir démontré, à savoir que l'acte de volonté est un phénomène psychologique en rapport direct avec les fonctions de l'écorce cérébrale. Liszt définit ainsi le libre arbitre : « la possibilité pour la volonté de se déterminer régulièrement par les idées ». Stoos, dans le projet suisse du Code pénal, a formulé l'article suivant, d'une grande simplicité pratique :

Le prévenu qui, au moment de l'action, était aliéné, idiot ou inconscient, est irresponsable.

Rentrent dans le groupe d' « états inconscients » : les ivresses ; les évanouissements ; les états soporeux causés par un épuisement ou une fatigue excessifs ; les troubles de la conscience liés soit à une fièvre intense, soit à des attaques convulsives, soit à un traumatisme cranien ; les états de confusion mentale provoquée par des émotions trop violentes, comme une vive angoisse ou un grand effroi ; parfois aussi les états mentaux anormaux observés chez les femmes en couches.

Sous le nom de « désordre morbide de l'activité intellectuelle » dont il est question dans l'article 51 cité plus haut, il faut comprendre tous les troubles mentaux cliniquement classés : paralysie générale, excitation maniaque, mélancolie, psychose liée à l'épilepsie, démence précoce, idiotie.

Jadis, on admettait qu'un sujet atteint d'un trouble psychique en apparence isolé devait être considéré comme responsable pour toutes les autres manifestations de sa vie intellectuelle. Ainsi, un mélancolique qui a volé ou un persécuté qui a commis un attentat aux mœurs étaient déclarés responsables de ces actes. On admettait la *faculté de discernement pour une partie de la vie psychique* et on la supprimait pour une autre partie ; c'était, en un mot, la doctrine de la *responsabilité partielle.* De nos jours, cette manière de voir n'est plus guère admise. Dès qu'un sujet est atteint d'une affection mentale, nous ne pouvons concevoir qu'une partie quelconque de ses fonctions psy-

chiques reste saine, indépendante et séparée de cette affection, et cela même lorsque les symptômes extérieurs semblent altérés seulement dans un certain sens.

L'application de l'article 51 est particulièrement difficile dans les cas où l'on ne se trouve en présence ni d'une affection mentale bien caractérisée, ni d'un état psychique complètement normal. Ces formes intermédiaires situées sur la frontière de la folie s'observent fréquemment chez les alcooliques, les hystériques, les épileptiques en dehors des accès, les neurasthéniques, les obsédés et les impulsifs, les déséquilibrés, les débiles intellectuels, les pervertis sexuels, les exhibitionnistes.

Dans certains codes (italien, ancien bavarois) on admet, pour ces états intermédiaires, la doctrine de la « responsabilité atténuée ». En Allemagne, dont le Code pénal ne reconnaît pas cette doctrine, on tourne la plupart du temps la difficulté en admettant pour des cas de ce genre des *circonstances atténuantes*. Certains délits pour lesquels il est impossible d'admettre des circonstances atténuantes peuvent néanmoins n'être frappés que du minimum de la peine, moyennant l'adjonction d'une épithète quelconque : « par imprudence, par entraînement », qui atténue la gravité de l'acte. On ne peut guère recourir à ce moyen quand il y a eu mort d'homme ou blessure grave, bien que justement de pareils crimes soient souvent commis par des individus dont l'état psychique n'est pas complètement normal. L'admission des circonstances atténuantes dans ces cas intermédiaires entre la raison et la folie a souvent pour conséquence qu'un individu dont l'état mental est douteux est interné pour très peu de temps et que, rendu trop tôt à la liberté, il se retrouve vite en nouveau conflit avec la loi. Par conséquent, l'article 55 du Code pénal allemand concernant les *mineurs* n'a pas son analogue pour les *mineurs intellectuels*. Cet article 55 s'occupe des enfants au-dessous de douze ans ayant commis un délit et ordonne de les envoyer soit dans une maison de correction, soit dans une famille ou dans une maison d'éducation.

Il appartient au juge de trouver le moyen d'atténuer la peine, mais l'expert a le devoir, en pareil cas, de signaler en quoi le prévenu s'écarte de l'état normal.

L'article 52 du Code pénal allemand dit :

Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu a été poussé par une force à laquelle il n'a pu résister, ou par une menace d'un danger inévitable et imminent, soit pour sa propre vie, soit pour la vie d'un proche.

C'est l'article qu'on pourra invoquer quand un sujet aura été poussé, par une suggestion hypnotique, à commettre un délit.

En pareil cas, il s'agit ordinairement d'individus incapables de résistance, comme le sont principalement les hystériques, alors que les sujets normaux savent généralement résister aux suggestions qui les poussent à mal faire.

L'article 55 du Code pénal allemand est ainsi formulé :

Celui qui, au moment de la perpétration du crime ou du délit, est âgé de moins de douze ans, doit être considéré comme irresponsable.

Il peut cependant, conformément aux prescriptions légales, être l'objet de mesures spéciales, telles que le placement dans une famille ou dans un établissement d'éducation, ou l'envoi dans une maison de correction. Ces diverses mesures ne peuvent être appliquées qu'après que la perpétration de l'acte a été établie par le tribunal et que l'envoi à tel ou tel endroit a été autorisé par une décision de ce dernier.

L'article 56 du Code pénal allemand dit :

Un prévenu âgé de douze à dix-huit ans doit être considéré comme irresponsable de l'acte commis par lui si, au moment de l'exécution, il ne possédait pas l'intelligence nécessaire pour comprendre la nature délictueuse de ce dernier.

Cet article s'applique aux adolescents atteints d'idiotie, d'imbécillité, de débilité mentale, d'épilepsie, d'hystérie.

L'article 58 du même Code pénal déclare :

Un sourd-muet incapable de comprendre la nature criminelle de l'acte commis par lui doit être considéré comme irresponsable.

Une expertise psychiatrique peut encore être ordonnée à propos de l'application des articles suivants du Code allemand :

Art. 1762. — Sera puni des travaux forcés d'une durée de un à dix ans quiconque aura abusé, hors du mariage, d'une femme privée de son libre arbitre ou se trouvant dans un état d'inconscience ou atteinte d'une affection mentale.

Art. 225. — Si, par suite de coups et blessures reçus d'autrui, la victime perd un membre important du corps, un œil ou les deux yeux, l'ouïe, la parole ou la faculté d'engendrer, ou si elle est gravement défigurée pour un temps prolongé, ou si, à la suite de ces blessures, elle contracte une maladie épuisante, une paralysie ou une affection mentale, le coupable sera condamné aux travaux forcés ou à la réclusion pour une durée variant de un à cinq ans.

Art. 226. — Si l'une des blessures désignées à l'article précédent était préméditée par le coupable et si elle était déjà provoquée par lui antérieurement, la peine des travaux forcés sera d'une durée de deux à dix ans.

B. — EXPERTISE PSYCHIATRIQUE.

Le juge choisit les experts. En première ligne viennent les médecins attachés en qualité d'experts près les tribunaux. Cependant, tout médecin dûment spécialisé dans l'étude des affections mentales peut être appelé aux fonctions d'expert. Ce dernier a le droit de réclamer l'audition des témoins et la communication des dossiers. Son premier devoir est de se livrer à un examen personnel de celui qui est l'objet de l'expertise. Sur la proposition d'un expert, le prévenu peut, après l'audition du défenseur, être mis en observation, pour une durée de six semaines au maximum, dans un asile d'aliénés public. Dans les cas difficiles, il est préférable de remettre un rapport écrit de l'expertise; mais, là où l'affaire est tout à fait claire et simple, l'expert allemand peut se contenter d'exprimer son opinion oralement pendant les débats. Il est utile de commencer l'exposé de l'expertise par un résumé historique de tous les points essentiels du fait motivant l'expertise; ensuite, on entrera dans les détails du cas, d'après les renseignements sur le passé de l'inculpé; on exposera le résultat de l'observation sur l'état actuel, et l'on formulera autant que possible un diagnostic. Ceci fait, on discutera le problème posé par le juge sur l'état de l'inculpé au moment de l'exécution de l'acte incriminé. Pour conclure, on résumera l'opinion développée jusque-

là, dans une phrase s'appuyant autant que possible sur le texte même de la loi. On dira, par exemple, en utilisant les termes de l'article 51, que X... se trouvait, au moment de l'action, dans un état de trouble morbide de son activité intellectuelle qui excluait la libre détermination de sa volonté.

Si le prévenu devient aliéné après l'accomplissement de l'acte incriminé, les poursuites peuvent être provisoirement suspendues.

L'expertise psychiatrique peut encore être demandée à l'occasion de l'*exécution de la peine*, conformément aux dispositions légales suivantes du Code allemand :

Art. 485. — On ne peut prononcer la peine de mort contre des femmes enceintes ou contre des sujets atteints d'une affection mentale.

Art. 487. — L'exécution d'une peine doit être ajournée quand le condamné contracte une affection mentale.

Si le condamné contracte une affection mentale pendant l'accomplissement de la peine, il est presque toujours placé à l'infirmerie annexée à l'établissement où la peine s'accomplit. L'article 493 déclare que l'exécution de la peine est suspendue pendant le séjour du condamné dans un asile d'aliénés.

Expertise psychiatrique dans les affaires civiles.

Mise en tutelle d'après l'article 6 du Code civil allemand :

Peut être mis en tutelle :

1° Celui qui, par suite d'une affection mentale ou d'affaiblissement des facultés intellectuelles, n'est pas en état de gérer sa fortune ;

2° Celui qui, par sa prodigalité, s'expose ou expose sa famille à la ruine ;

3° Celui qui, par ivrognerie habituelle, ne pouvant gérer sa fortune, s'expose ou expose sa famille à la ruine ou compromet la sécurité d'autrui.

Quand le motif de la mise en tutelle disparaît, le sujet doit être émancipé.

Art. 104. — Est incapable de gérer sa fortune :

1° Celui qui est âgé de moins de sept ans révolus ;

2° Celui qui se trouve dans un état de trouble morbide per-

manent de l'activité intellectuelle, excluant chez lui tout libre arbitre ;

3° Celui qui est mis en tutelle légale à cause d'une affection mentale.

Art. 105. — Toute volonté exprimée par un sujet frappé d'incapacité civile est nulle et non avenue.

Nulle et non avenue est également toute volonté exprimée dans un état d'inconscience ou de trouble passager de l'activité intellectuelle.

Art. 114. — Celui qui, par suite d'affaiblissement des facultés intellectuelles, de prodigalité ou d'ivrognerie habituelle, est déchu de ses droits civils, ou celui qui, conformément à l'article 1906, se trouve pourvu d'une tutelle provisoire, est, au point de vue de la capacité civile, assimilé à un mineur âgé de moins de sept ans révolus.

C'est leur tuteur qui se présente pour toutes les affaires de droit concernant les sujets frappés d'incapacité civile, à cause de leur affection mentale. Les individus déchus par suite de faiblesse intellectuelle, de prodigalité ou d'ivrognerie, ont des droits civils un peu plus étendus. Ils peuvent, avec le consentement de leur tuteur, contracter mariage, disposer de leurs ressources pécuniaires dans un but déterminé ; ils peuvent aussi acquérir, ou prendre une place de serviteur ou d'employé.

L'affection mentale rendant l'individu incapable de s'occuper des affaires et l'assimilant, d'après la loi, à l'enfant au-dessous de sept ans, la plupart des aliénés et beaucoup d'imbéciles peuvent être déchus de leurs droits civils et mis en tutelle.

La mise en tutelle, limitée seulement à l'incapacité de gérer sa fortune, et qui assimile le sujet à un mineur de sept à vingt et un ans, n'est applicable qu'à des sujets légèrement débiles, à des hystériques gravement atteints, à des neurasthéniques constitutionnels, quelquefois aussi à des paranoïques ayant le délire de persécution ou le délire processif, ou n'importe quel autre délire systématisé.

Art. 1910. — Un sujet majeur qui n'est pas en tutelle peut être pourvu d'un tuteur pour sa personne et ses biens quand, par suite d'infirmités physiques ou de vices constitutionnels (comme la surdité, la cécité ou la mutité), il est mis dans l'impossibilité de gérer sa fortune.

En pareil cas, il s'agit d'une tutelle partielle, volontaire, dont l'abrogation est, à tout moment, entre les mains du pupille lui-même. Ce genre de tutelle peut s'appliquer aux cas où le déficit intellectuel est extrêmement faible, comme, par exemple, chez certains apoplectiques, un grand nombre de neurasthéniques.

Les articles 1304, 1325, 1566, 1568, 1567 du Code civil allemand, concernant le mariage et le divorce, intéressent également l'aliéniste.

Un époux peut demander le divorce quand l'autre époux a contracté une affection mentale dont la durée pendant le mariage a dépassé trois ans et qui a atteint un degré tel que toute entente avec l'époux malade est supprimée et que toute espérance du retour de cette entente est exclue.

Cette loi peut soulever de grandes difficultés, lorsque la guérison tardive survient, comme, par exemple, dans la folie intermittente dont le sujet peut guérir au bout de sept à huit années de durée. Dans la pratique, cet article n'est pas souvent appliqué.

Art. 1583. — Lorsque le divorce a été prononcé par suite d'une affection mentale, l'époux bien portant doit pourvoir à l'entretien de l'époux malade.

Art. 827. — Celui qui, sous l'influence d'un état d'inconscience ou de trouble morbide excluant la libre détermination de sa volonté, porte un préjudice à autrui, n'est pas responsable du dommage occasionné par lui. Si, au moyen des boissons spiritueuses ou d'autres substances analogues, il s'est mis volontairement dans un des états ci-dessus indiqués, il est responsable du dommage occasionné par lui; sa responsabilité est nulle s'il est tombé dans un de ces états indépendamment de sa volonté.

[Rappelons qu'en 1536 une ordonnance de François Ier, qui punissait sévèrement l'ivrognerie, comprenait, quant aux délits commis dans l'ivresse, l'article suivant :

S'il advient que par ébriété ou chaleur de vin les ivrognes commettent aucun mauvais cas, ne leur sera pour cette occasion pardonné, mais seront punis de la peine due audit délit et davantage pour ladite ébriété, à l'arbitrage du juge.]

Quoi qu'il en soit, l'individu possédant des ressources suffisantes est tenu par l'article 289 de réparer le dommage occasionné par lui.

Les articles 2229 et 2230 du Code civil allemand traitent de la capacité de tester.

[Rappelons l'article 901 du Code civil français:

Pour faire une donation entre-vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit.]

L'article 645 règle la question de la déchéance des aliénés.

La déchéance par suite d'une affection mentale ou d'affaiblissement des facultés intellectuelles est décidée par une décision du tribunal civil.

Cette décision n'est rendue que sur demande de qui de droit.

Art. 646. — La demande en déchéance civile peut être faite soit par l'époux de l'aliéné, soit par un de ses parents, soit par celui de ses représentants à qui incombent les soins à donner à la personne malade. La demande ne peut être faite par un seul parent quand il s'agit d'un aliéné ayant un époux ou plusieurs parents. Quand il s'agit d'une femme mariée, la demande en déchéance ne peut être faite par un parent que lorsque la cessation de la vie commune a été reconnue, ou lorsque le mari a abandonné sa femme, ou lorsque le mari est depuis longtemps hors d'état de faire la demande, ou, enfin, lorsque la demeure du mari est restée inconnue depuis longtemps.

Dans tous les cas, le procureur général près du tribunal du canton a le droit de faire la demande en déchéance d'un aliéné de son ressort.

Art. 647, 648, 649. — Le tribunal peut ordonner la production d'un certificat médical avant de commencer le procès.

Exemple d'un certificat produit en pareil cas :

X... est atteint de paralysie générale progressive avec affaiblissement très accentué de ses facultés intellectuelles ; il est hors d'état de gérer ses affaires.

(*Lieu et date.*) (*Signature.*)

Art. 650, 653, 654. — L'aliéné dont on demande la déchéance civile doit être personnellement entendu par un ou plusieurs experts. Dans ce but, la comparution de la personne malade peut être ordonnée.

L'interrogatoire de l'aliéné peut aussi se faire par un juge.

L'interrogatoire de l'aliéné peut être supprimé, soit lorsqu'il est entouré de difficultés insurmontables, soit lorsqu'il présente un danger pour la santé du malade.

Art. 655. — La déchéance ne peut être prononcée avant que le tribunal ait entendu un ou plusieurs experts sur l'état mental de la personne contre laquelle on demande cette mesure.

L'expert peut donner verbalement une explication dont on dresse procès-verbal. Mais il est généralement plus prudent de présenter un rapport écrit contenant, avec le diagnostic, un résumé détaillé sur l'état actuel et la marche de l'affection mentale nécessitant la déchéance civile, mesure dont on développe les motifs essentiels.

L'article 656 autorise une observation de six semaines dans une maison de santé (analogue à l'article 81 du Code pénal).

Art. 660-666, 671, 672, 675. — L'abrogation de la déchéance s'obtient sur la demande du déchu ou sur celle de son représentant légal chargé de sa personne, ou sur celle du procureur général du tribunal.

Les articles 676, 678, 679 du Code civil allemand règlent la question de la déchéance pour ivrognerie.

Art. 680. — La déchéance pour prodigalité ou ivrognerie s'obtient par jugement du tribunal.

Ce jugement ne peut être prononcé que sur demande de qui de droit.

Les prescriptions des articles 646, 647, 648, 653, 657 et 663 trouvent ici leur application appropriée.

Restent en vigueur les lois et règlements d'après lesquels une communauté ou une association assimilée à une communauté ou une association charitable sont autorisées à demander la déchéance pour cause de prodigalité ou d'ivrognerie.

Art. 681. — Lorsque la déchéance est demandée pour cause d'ivrognerie, le tribunal peut ajourner le jugement de déchéance, s'il y a lieu de croire que l'ivrogne se corrigera.

En vertu de cet article, un buveur d'habitude peut être engagé à se faire traiter dans une maison de santé pour alcooliques.

La déchéance des ivrognes, qui, en théorie, constitue un progrès important dans la lutte contre l'alcoolisme, rencontre en pratique de grandes difficultés, parmi lesquelles la plus importante est le manque d'asiles publics spéciaux pour le traitement des buveurs.

Les articles 56 du Code pénal et 393 du Code civil allemands indiquent la valeur du témoignage d'un aliéné.

Peuvent témoigner sans prêter serment :

1° Les personnes qui, au moment de leur déposition, n'ont pas encore seize ans accomplis;

2° Les personnes qui, soit par insuffisance de leur maturité d'esprit, soit par affaiblissement de leur intelligence, n'ont point une idée suffisante de l'importance et de la signification d'un témoignage fait sous la foi du serment.

C. — DROIT ADMINISTRATIF.

En Prusse, la loi du 11 juillet 1891 impose aux bureaux de bienfaisance des villes et villages l'obligation d'hospitaliser et de soigner dans des asiles spéciaux les aliénés, les idiots, les épileptiques, les sourds-muets et les aveugles sans ressources. Les bureaux de bienfaisance des villes et villages, financièrement indépendants, dépendent de l'administration provinciale. Dans chaque préfecture, la surveillance des asiles est exercée par une commission qui les visite régulièrement.

L'admission dans un asile d'aliénés est réglée en Allemagne par la loi du 30 septembre 1895.

Pour y placer un malade, il est nécessaire d'obtenir un certificat du médecin préfectoral. Ce document doit indiquer le but recherché, la date et le lieu où il a été délivré, le résultat de l'examen médical, la forme du trouble mental et les motifs qui rendent nécessaire le placement à l'asile. Lorsqu'un certificat de ce genre a été déjà délivré par un autre médecin, il suffit que le médecin de la préfec-

ture approuve la teneur du document signé de son confrère, en se fondant sur son enquête personnelle. En cas d'urgence, le certificat de tout médecin autorisé suffit pour provoquer un internement provisoire d'une durée de quarante-huit heures.

Des règlements analogues sur l'admission dans les asiles d'aliénés existent dans les autres États allemands.

La sortie de l'asile a lieu :

1° Quand le malade est guéri ;

2° Quand son représentant légal réclame la sortie du malade.

Si l'aliéné a été admis avec le concours de la préfecture de police, celle-ci doit donner son approbation pour la mise en liberté du malade. Un congé ne dépassant pas quinze jours peut aussi être accordé, après avis favorable de la préfecture de police.

Placement volontaire. — Certains asiles privés peuvent recevoir, à des conditions déterminées, des pensionnaires à titre volontaire, c'est-à-dire des malades qui y entrent spontanément. Dans chaque cas particulier, il est nécessaire de produire :

1° Un certificat médical constatant l'utilité de l'entrée du malade à l'asile;

2° Un certificat par lequel le pensionnaire ou son représentant légal donnent leur consentement à ce placement.

SUPPLÉMENT

Voici quelques dispositions pénales les plus importantes concernant les aliénés dans les divers Codes (d'après Aschaffenburg) :

Autriche (1852). — Art. 2. — L'acte ou l'omission de l'acte n'est pas imputé à crime : *a*) quand son auteur est depuis longtemps privé de l'usage de la raison ; *b*) quand le fait a été commis à l'occasion d'un trouble mental au moment où ce trouble continuait, ou *c*) quand le fait a été commis dans un état d'ivresse impulsive ou au cours d'un autre trouble des sens qui a empêché le prévenu d'avoir conscience de son acte.

Art. 46. — Des circonstances atténuantes se rapportant à la personne de l'inculpé sont admises : *a*) quand l'inculpé a moins de vingt ans ; *b*) quand il est atteint de faiblesse intellectuelle, ou *c*) lorsque son éducation a été très négligée.

Hongrie (1878). — Art. 76. — Un acte ne doit pas être imputé

à celui qui le commet dans l'état d'inconscience ou de trouble tel de l'activité intellectuelle que la faculté de détermination de sa volonté se trouve exclue.

Suisse, avant-projet (1896). — Art. 10. — Celui qui, au moment de l'acte, était aliéné ou idiot, ou inconscient, est irresponsable. Si l'état mental de l'inculpé n'était que légèrement altéré ou si l'inculpé présentait un développement intellectuel insuffisant, le juge est libre de diminuer la peine.

Art. 12. — Si l'état mental de l'inculpé donne lieu à des doutes, le fonctionnaire qui en est informé le fait examiner par des experts. Cette disposition s'applique, en particulier, aux sourds-muets et aux épileptiques.

Art. 13. — Si la sécurité publique nécessite qu'un individu dont la responsabilité est nulle ou limitée soit interné dans un asile public ou dans une maison de santé privée, le placement ne peut être opéré que par décision du tribunal. De même, le tribunal peut ordonner la sortie d'un malade, quand le motif de son internement a disparu. Si les intérêts d'un individu dont la responsabilité est nulle ou limitée exigent qu'il soit traité dans une maison de santé, le tribunal peut ordonner ce placement par voie administrative. Si un individu dont la responsabilité est limitée a été condamné à l'emprisonnement et si le temps de sa peine n'est pas encore accompli au jour de sa sortie de la maison de santé, il doit subir le reste de sa peine.

Pays-Bas (1886). — Quiconque commet un acte ne pouvant lui être imputé, par suite d'un développement intellectuel défectueux ou d'un trouble morbide de son activité mentale, doit être considéré comme irresponsable. Si l'acte délictueux ne lui est pas compté par suite d'un développement mental insuffisant ou d'un trouble morbide de son activité intellectuelle, le juge peut décider qu'il sera interné dans un asile d'aliénés pendant un temps d'observation qui ne doit pas dépasser la durée d'une année.

Danemark (1863). — Art. 38. — Ne sont pas punis les actes commis par des aliénés ou par des individus inconscients dont l'intelligence est si mal développée ou si affaiblie et troublée qu'il est impossible d'admettre que ces personnes ont compris la valeur immorale de ces actes. En pareil cas, le juge peut décider toutes les mesures de sûreté devant être prises contre l'auteur des actes délictueux. Pourtant, ces mesures pourront être supprimées par l'autorité compétente quand elles ne seront plus jugées nécessaires, après certificat médical.

Art. 39. — La peine désignée par la loi doit être moindre quand il s'agit de faibles d'esprit ou d'autres individus qui, sans être complètement privés de leur conscience, peuvent cependant être considérés, par suite d'un état mental particulier exerçant une influence sur leur libre arbitre, comme ne possédant pas, au moment de l'acte, la même responsabilité pénale que les hommes adultes intellectuellement normaux.

Suède (1864). — Art. 5. — 1° Ne sont pas punis les actes d'aliénés et de ceux qui, par maladie ou vieillesse, sont privés de l'usage de la raison. 2° Ne sont pas punis également les actes de ceux qui sont tombés involontairement dans un trouble mental qui exclue toute conscience.

Celui qui, par maladie physique ou mentale, par faiblesse sénile ou par d'autres troubles indépendants de sa volonté, a commis un acte criminel, sans être complètement privé de 'usage de la raison, bien qu'il ne doive pas être considéré comme entièrement irresponsable, est passible d'une peine moindre.

Norvège, projet (1896). — Art. 44. — Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu, au moment de l'action, ne pouvait comprendre le caractère illégal de son acte, en raison d'un développement arriéré ou d'un affaiblissement ou d'un trouble morbide de ses facultés mentales. De même, il n'y a ni crime ni délit lorsque, pour un des motifs indiqués ci-dessus ou par suite d'une contrainte ou d'un danger pressant, ou d'un état psychique spécial, le prévenu ne se trouvait pas en possession de lui-même.

Art. 56. — Le tribunal peut appliquer le minimum de la peine lorsque le prévenu, se trouvant en état de légitime défense ou de colère justifiée, a commis un acte délictueux ou lorsque, en le commettant, il se trouvait dans un état analogue à ceux mentionnés à l'article 44, mais moins prononcé et n'excluant pas la responsabilité.

[Les articles 302, 304, 309, 310, 311 du Code pénal français déclarent que :

Les crimes commis sans préméditation et dans un mouvement de colère ne sont pas punis avec la même sévérité que ceux qui ont été exécutés après mûre réflexion.

L'article 324 du Code pénal français dit que :

Dans le cas d'adultère la loi excuse le meurtre commis par l'époux sur son épouse, ainsi que sur le complice, à l'instant où il les surprend en flagrant délit dans la maison conjugale.

EXTRAITS DE LA LOI SUR LES ALIÉNÉS EN FRANCE

— 30 juin 1838 (1). —

TITRE Ier. — Des établissements d'aliénés.

Art. 5. — Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du Gouvernement.

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le Gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

Art. 6. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés.

Art. 7. — Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés en tout ou en partie au service des aliénés seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'Intérieur.

TITRE II. — Des placements faits dans les établissements d'aliénés.

Section I. — *Des placements volontaires.*

Art. 1er. — Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur.

Art. 2. — Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

(1) Le Sénat a voté en 1887 un nouveau projet de loi sur la matière, mais ce projet n'est pas encore venu en discussion à la Chambre des députés.

Art. 3. — Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. — Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'Intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront à leur égard tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Art. 8. — Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, professions, âges et domiciles, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction ;

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin;

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes, chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet ou le maire en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. — Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. — Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, professions et domiciles, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement : 1° au procureur du roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée; 2° au procureur du roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement; ces dispositions seront communes aux établissements publics ou privés.

Art. 11. — Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. — Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, professions, âges et domiciles des personnes placées dans les établissements; la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur; la date de leur placement; les noms, profession et demeure de la personne parente ou non parente qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin, joint à la demande d'admission; 2° ceux

que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 13. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au procureur du roi.

Art. 14. — Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi ;

2° L'époux ou l'épouse;

3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants;

5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille;

6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet; le sursis provisoire cessera

de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordres contraires conformément à l'article 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'article 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. — Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe 8, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de sa sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

Art. 16. — Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Art. 17. — En aucun cas, l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

Section II. — *Des placements ordonnés par l'autorité publique.*

Art. 18. — A Paris le préfet de police, et dans les départements les préfets, ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 20. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements seront tenus d'adresser aux préfets, dans

le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 21. — A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou préposés responsables seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. — Les procureurs du roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des articles 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'Intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'article 10.

Art. 23. — Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements seront tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. — Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19 jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou ces hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas les aliénés ne pourront être conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'ils feront pour s'y rendre.

Section III. — *Dépenses du service des aliénés.*

Section IV. — *Dispositions communes à toutes personnes placées dans les établissements d'aliénés.*

Art. 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14.

TITRE III. — Dispositions générales.

Art. 41. — Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8, 11, 12, du second paragraphe de l'article 13, des articles 15, 17, 20, 21, et du dernier paragraphe de l'article 29 de la présente loi et aux règlements rendus en vertu de l'article 6,

qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés et par les médecins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de 50 francs à 3 000 francs, ou de l'une ou l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal.

ORDONNANCE DU ROI PORTANT RÈGLEMENT SUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONSACRÉS AUX ALIÉNÉS

— 18 décembre 1839. —

TITRE Ier. — Des établissements publics consacrés aux aliénés.

Article premier. — Les établissements publics consacrés au service des aliénés seront administrés, sous l'autorité de notre ministre secrétaire d'État au département de l'Intérieur et des préfets des départements, et sous la surveillance de commissions gratuites, par un directeur responsable, dont les attributions seront ci-après déterminées.

Art. 2. — Les commissions de surveillance seront composées de cinq membres, nommés par les préfets, et renouvelés chaque année par cinquième.

Les membres des commissions de surveillance ne pourront être révoqués que par notre ministre de l'Intérieur, sur le rapport du préfet.

Chaque année, après le renouvellement, les commissions nommeront leur président et leur secrétaire.

Art. 3. — Les directeurs et les médecins en chef et adjoints seront nommés par notre ministre secrétaire d'État au département de l'Intérieur, directement pour la première fois, et, pour les vacances suivantes, sur une liste de trois candidats présentés par les préfets.

Pourront aussi être appelés aux places vacantes, concurremment avec les candidats présentés par les préfets, les directeurs et les médecins en chef ou adjoints qui auront exercé leurs fonctions pendant trois ans dans d'autres établissements d'aliénés.

Les élèves attachés aux établissements d'aliénés seront nommés pour un temps limité, selon le mode déterminé par le règlement sur le service intérieur de chaque établissement.

Les directeurs, les médecins en chef et les médecins adjoints ne pourront être révoqués que par notre ministre de l'Intérieur, sur le rapport des préfets.

Art. 4. — Les commissions instituées par l'article 1er, chargées de la surveillance générale de toutes les parties du service des établissements, sont appelées à donner leurs avis sur le régime intérieur, sur les budgets et les comptes, sur les actes relatifs à l'administration, tels que le mode de gestion des biens, les projets de travaux, les procès à intenter ou à soutenir, les transactions, les emplois de capitaux, les acquisitions, les emprunts, les ventes ou échanges d'immeubles, les acceptations de legs ou donations, les pensions à accorder, s'il y a lieu, les traités à conclure pour le service des malades.

Art. 5. — Les commissions de surveillance se réuniront tous les mois. Elles seront, en outre, convoquées par les préfets ou les sous-préfets toutes les fois que les besoins du service l'exigeront.

Le directeur de l'établissement et le médecin chargé en chef du service médical assisteront aux séances de la commission : leur voix sera seulement consultative.

Néanmoins, le directeur et le médecin en chef devront se retirer de la séance au moment où la commission délibérera sur les comptes d'administration et sur les rapports qu'elle pourrait avoir à adresser directement au préfet.

Art. 6. — Le directeur est chargé de l'administration intérieure de l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus.

Il pourvoit, sous les conditions prescrites par la loi, à l'admission et à la sortie des personnes placées dans l'établissement.

Il nomme les préposés de tous les services de l'établissement; il les révoque, s'il y a lieu. Toutefois, les surveillants, les infirmiers et les gardiens devront être agréés par le médecin en chef; celui-ci pourra demander leur révocation au directeur. En cas de dissentiment, le préfet prononcera.

Art. 7. — Le directeur est exclusivement chargé de pourvoir à tout ce qui concerne le bon ordre et la police de l'établissement, dans les limites du règlement du service intérieur, qui sera arrêté en exécution de l'article 7 de la loi du 30 juin 1838, par notre ministre de l'Intérieur. Il résidera dans l'établissement.

Art. 8. — Le service médical, en tout ce qui concerne le régime physique et moral, ainsi que la police médicale et per-

sonnelle des aliénés, est placé sous l'autorité du médecin, dans les limites du règlement du service intérieur mentionné à l'article précédent.

Les médecins adjoints, dans les maisons où le règlement intérieur en établira, les élèves, les surveillants, les infirmiers et les gardiens sont, pour le service médical, sous l'autorité du médecin en chef.

Art. 9. — Le médecin en chef remplira les obligations imposées aux médecins par la loi du 30 juin 1838, et délivrera tous certificats relatifs à ses fonctions.

Ces certificats ne pourront être délivrés par le médecin adjoint qu'en cas d'empêchement constaté du médecin en chef.

En cas d'empêchement constaté du médecin en chef et du médecin adjoint, le préfet est autorisé à pourvoir provisoirement à leur remplacement.

Art. 10. — Le médecin en chef est tenu de résider dans l'établissement.

Il pourra toutefois être dispensé de cette obligation par une décision spéciale de notre ministre de l'Intérieur, pourvu qu'il fasse chaque jour, au moins, une visite générale des aliénés confiés à ses soins, et qu'en cas d'empêchement il puisse être suppléé par un médecin résidant.

Art. 11. — Les commissions administratives des hospices civils qui ont formé ou qui formeront à l'avenir dans ces établissements des quartiers affectés aux aliénés seront tenues de faire agréer par le préfet un préposé responsable, qui sera soumis à toutes les obligations imposées par la loi du 30 juin 1838.

Dans ce cas il ne sera pas créé de commission de surveillance.

Le règlement intérieur des quartiers consacrés au service des aliénés sera soumis à l'approbation de notre ministre de l'Intérieur, conformément à l'article 7 de cette loi.

Art. 12. — Il ne pourra être créé dans les hospices civils des quartiers affectés aux aliénés, qu'autant qu'il sera justifié que l'organisation de ces quartiers permet de recevoir et de traiter cinquante aliénés au moins.

Quant aux quartiers actuellement existants, où il ne pourrait être traité qu'un nombre moindre d'aliénés, il sera statué sur leur maintien par notre ministre de l'Intérieur.

Art. 13. — Notre ministre de l'Intérieur pourra toujours autoriser, ou même ordonner d'office la réunion des fonctions de directeur et de médecin.

Art. 14. — Le traitement du directeur et du médecin sera déterminé par un arrêté de notre ministre de l'Intérieur.

Art. 15. — Dans tous les établissements publics où le travail des aliénés sera introduit comme moyen curatif, l'emploi du produit de ce travail sera déterminé par le règlement intérieur de ces établissements.

Art. 16. — Les lois et règlements relatifs à l'administration générale des hospices et établissements de bienfaisance, notamment en ce qui concerne l'ordre de leurs services financiers, la surveillance de la gestion du receveur, les formes de la comptabilité, sont applicables aux établissements publics d'aliénés en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.

TITRE II. — Des établissements privés consacrés aux aliénés.

Art. 17. — Quiconque voudra former ou diriger un établissement privé destiné au traitement des aliénés devra en adresser la demande au préfet du département où l'établissement devra être situé.

Art. 18. — Il justifiera : 1° qu'il est majeur et exerçant ses droits civils; 2° qu'il est de bonne vie et mœurs; il produira, à cet effet, un certificat délivré par le maire de la commune ou de chacune des communes où il aura résidé depuis trois ans; 3° qu'il est docteur en médecine.

Art. 19. — Si le requérant n'est pas docteur en médecine, il produira l'engagement d'un médecin qui se chargera du service médical de la maison, et déclarera se soumettre aux obligations spécialement imposées, sous ce rapport, par les lois et règlements.

Ce médecin devra être agréé par le préfet, qui pourra toujours le révoquer. Toutefois cette révocation ne sera définitive qu'autant qu'elle aura été approuvée par notre ministre de l'Intérieur.

Art. 20. — Le requérant indiquera dans sa demande le nombre et le sexe des pensionnaires que l'établissement pourra contenir; il en sera fait mention dans l'autorisation.

Art. 21. — Il déclarera si l'établissement doit être uniquement affecté aux aliénés, ou s'il recevra d'autres malades. Dans ce dernier cas, il justifiera, par la production du plan de l'établissement, que le local consacré aux aliénés est entièrement séparé de celui qui est affecté au traitement des autres malades.

Art. 22. — Il justifiera : 1° que l'établissement n'offre aucune cause d'insalubrité, tant au dedans qu'au dehors, et qu'il est situé de manière que les aliénés ne soient pas incommodés par un voisinage bruyant ou capable de les agiter ; 2° qu'il peut être alimenté, en tout temps, d'eau de bonne qualité et en quantité suffisante ; 3° que, par la disposition des localités, il permet de séparer complètement les sexes, l'enfance et l'âge mûr ; d'établir un classement régulier entre les convalescents, les malades paisibles et ceux qui sont agités ; de séparer également les aliénés épileptiques ; 4° que l'établissement contient des locaux particuliers pour les aliénés atteints de maladies accidentelles, et pour ceux qui ont des habitudes de malpropreté ; 5° que toutes les précautions ont été prises, soit dans les constructions, soit dans la fixation du nombre des gardiens, pour assurer le service et la surveillance de l'établissement.

Art. 23. — Il justifiera également, par la production du règlement intérieur de la maison, que le régime de l'établissement offrira toutes les garanties convenables sous le rapport des bonnes mœurs et de la sûreté des personnes.

Art. 24. — Tout directeur d'un établissement privé consacré au traitement des aliénés devra, avant d'entrer en fonctions, fournir un cautionnement dont le montant sera déterminé par l'ordonnance royale d'autorisation.

Art. 25. — Le cautionnement sera versé en espèces à la Caisse des dépôts et consignations, et sera exclusivement destiné à pourvoir, dans les formes et pour les cas déterminés dans l'article suivant, aux besoins des aliénés pensionnaires.

Art. 26. — Dans tous les cas où, par une cause quelconque, le service d'un établissement privé consacré aux aliénés se trouverait suspendu, le préfet pourra constituer, à l'effet de remplir les fonctions de directeur responsable, un régisseur provisoire, entre les mains duquel la Caisse des dépôts et consignations, sur les mandats du préfet, versera ce cautionnement, en tout ou partie, pour l'appliquer au service des aliénés.

Art. 27. — Tout directeur d'un établissement privé consacré aux aliénés pourra, à l'avance, faire agréer par l'administration une personne qui se chargera de le remplacer dans le cas où il viendrait à cesser ses fonctions par suite de suspension, d'interdiction judiciaire, d'absence, de faillite, de décès ou par toute autre cause.

La personne ainsi agréée sera de droit, dans ces divers cas,

investie de la gestion provisoire de l'établissement, et soumise, à ce titre, à toutes les obligations du directeur lui-même. Cette gestion provisoire ne pourra jamais se prolonger au delà d'un mois sans une autorisation spéciale du préfet.

Art. 28. — Dans le cas où le directeur cesserait ses fonctions par une cause quelconque, sans avoir usé de la faculté ci-dessus, ses héritiers ou ayants cause seront tenus de désigner, dans les vingt-quatre heures, la personne qui sera chargée de la régie provisoire de l'établissement, et soumise, à ce titre, à toutes les obligations du directeur.

A défaut, le préfet fera lui-même cette désignation.

Les héritiers ou ayants cause du directeur devront, en outre, dans le délai d'un mois, présenter un nouveau directeur, pour en remplir définitivement les fonctions.

Si la présentation n'est pas faite dans ce délai, l'ordonnance royale d'autorisation sera réputée rapportée de plein droit, et l'établissement sera fermé.

Art. 29. — Lorsque le directeur d'un établissement privé consacré aux aliénés voudra augmenter le nombre des pensionnaires qu'il aura été autorisé à recevoir dans cet établissement, il devra former une demande en autorisation à cet effet, et justifier que les bâtiments primitifs ou ceux additionnels qu'il aura fait construire sont, ainsi que leurs dépendances, convenables et suffisants pour recevoir le nombre déterminé de nouveaux pensionnaires.

L'ordonnance royale qui statuera sur cette demande déterminera l'augmentation proportionnelle que l'établissement pourra recevoir.

Art. 30. — Le directeur de tout établissement privé consacré aux aliénés devra résider dans l'établissement.

Le médecin attaché à l'établissement, dans le cas prévu à l'article 19 de la présente ordonnance, sera soumis à la même obligation.

Art. 31. — Le retrait de l'autorisation pourra être prononcé, suivant la gravité des circonstances, dans tous les cas d'infraction aux lois et règlements sur la matière, et notamment dans les cas ci-après : 1° si le directeur est privé de l'exercice des droits civils ; 2° s'il reçoit un nombre de pensionnaires supérieur à celui fixé par l'ordonnance d'autorisation ; 3° s'il reçoit des aliénés d'un autre sexe que celui indiqué par cette ordonnance ; 4° s'il reçoit des personnes atteintes de maladies autres que celles qu'il a déclaré vouloir traiter dans l'établissement ; 5° si les dispositions des lieux sont changées ou

modifiées, de manière qu'ils cessent d'être propres à leur destination, ou si les précautions prescrites pour la sûreté des personnes ne sont pas constamment observées; 6° s'il est commis quelque infraction aux dispositions du règlement du service intérieur en ce qui concerne les mœurs; 7° s'il a été employé à l'égard des aliénés des traitements contraires à l'humanité; 8° si le médecin agréé par l'administration est remplacé par un autre médecin, sans qu'elle en ait approuvé le choix; 9° si le directeur contrevient aux dispositions de l'article 8 de la loi du 30 juin 1838; 10° s'il est frappé d'une condamnation prononcée en exécution de l'article 41 de la même loi.

Art. 32. — Pendant l'instruction relative au retrait de l'ordonnance royale d'autorisation, le préfet pourra prononcer la suspension provisoire du directeur, et instituer un régisseur provisoire conformément à l'article 26.

Dispositions générales.

Art. 33. — Il sera statué, pour le retrait des autorisations, par une ordonnance royale.

Art. 34. — Les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés du sexe masculin ne pourront employer que des hommes pour le service personnel des aliénés.

Des femmes seules sont chargées du service personnel des aliénés dans les établissements destinés aux individus du sexe féminin.]

PSYCHIATRIE SPÉCIALE

CLASSIFICATION DES AFFECTIONS MENTALES

Il n'y a point, à l'heure actuelle, de classification définitive des affections mentales. La classification *étiologique* est encore impraticable parce que les causes de la plupart des psychoses nous sont inconnues. La division de ces affections en *endogènes* et *exogènes* ne saurait être toujours satisfaisante. En effet, chez bien des malades, entre autres les épileptiques ou les aliénés intermittents, dont l'affection est le plus souvent d'origine endogène, les troubles psychiques peuvent se produire sous l'influence de causes extérieures telles qu'un traumatisme ; et cependant, le type clinique reste le même. D'autre part, des facteurs exogènes, comme l'alcool, peuvent s'associer aux causes endogènes et agir d'une manière particulièrement intense, comme cela arrive chez des sujets prédisposés. L'*anatomie pathologique* ne peut, elle non plus, servir de base à une classification. La division souvent employée à ce point de vue : *psychoses organiques* avec altérations cérébrales connues, et *psychoses fonctionnelles* sans lésions connues, est une classification très défectueuse, puisque, même dans les affections qu'on appelait autrefois *fonctionnelles*, comme l'épilepsie et la catatonie, on trouve aujourd'hui des altérations microscopiques de l'écorce cérébrale. La division des psychoses en deux groupes, selon qu'elles s'accompagnent ou non d'*affaiblissement de l'intelligence*, est également artificielle. La division, adoptée pour les besoins de la statistique, en *psychoses toxiques*, *hystériques*, *épileptiques*, *paralytiques*, *simples* et *congénitales* est une classification purement administrative, attendu que, à cause des opinions divergentes des divers aliénistes, tout ce qui n'entre pas dans une de ces catégories est classé sous la rubrique des « psychoses simples ».

[En comparant avec un peu d'attention la pathologie mentale des divers peuples européens, on parvient dès maintenant à en tirer des éléments *pathogéniques* qui permettent d'aboutir à l'élaboration d'un *programme d'études* qui pourrait être celui de tous les aliénistes et que j'ai longuement exposé ailleurs (1). Il ne s'agit là, d'ailleurs, encore une fois, que d'un programme d'études. Une classification des maladies mentales est impossible à l'heure actuelle, par cette raison que nous ne faisons que commencer à entrevoir les vraies causes de la folie. Si nous connaissons quelques-unes d'entre elles, nous en sommes encore réduits, pour beaucoup d'autres, à de simples hypothèses. Les éléments étiologiques et pathogéniques étant encore très obscurs dans leur mode de production des accidents mentaux, il faut se garder de toute synthèse prématurée et, par conséquent, de toute classification. Comme le déclarait fort judicieusement Paul Garnier, au nom d'une commission nommée en 1888 par la Société médico-psychologique de Paris, à l'effet de rechercher les bases d'une bonne statistique internationale des aliénés : « toute tentative de classification des maladies mentales ne saurait s'appuyer que sur des données ou trop incomplètes ou trop contestées encore ». La psychiatrie, en effet, n'est pas encore à l'âge d'une classification, qui est plutôt l'apanage d'une science faite.]

Dans la division qui suit, les divers groupes d'affections sont classés d'après la cause en même temps que d'après l'évolution du syndrome mental, sans se préoccuper d'un système de classification quelconque.

Voici l'ordre dans lequel sont étudiés plus loin les divers troubles mentaux : *psychoses dues à un arrêt de développement*; *affections mentales produites par un développement cérébral complet, mais troublé ou perverti* ; *psychoses liées à l'hystérie et à l'épilepsie*, dans lesquelles le cerveau paraît être souvent pathologiquement altéré ; *affections d'origine indubitablement endogène*, comme la *folie intermittente* et la *paranoia* ; *démence précoce* ; *troubles psychiques déterminés par les maladies de la nutrition générale* ; *affections mentales par lésions cérébrales localisées* ; *psychoses toxiques*.

(1) Voy. *Bulletin médical*, 1902, nº 83, p. 865-868.

DÉBILITÉS MENTALES CONGÉNITALES

Il existe un grand contraste entre les affections mentales qui apparaissent dans le cours de l'existence et celles dans lesquelles, dès la naissance, l'intelligence n'a pas été susceptible de développement, ou dans lesquelles le développement intellectuel s'est arrêté dès les premières années de la vie.

Dans le premier cas, nous pouvons, malgré tous les troubles, reconnaître encore les traces d'une intelligence antérieure, à peu près comme on peut reconnaître, au milieu des ravages d'un jardin détruit par un cyclone, des traces de l'ancienne culture. Au contraire, dans les affections congénitales, on n'a sous les yeux qu'une sorte de désert ou de marécage qui n'a jamais été cultivé. Dans l'idiotie innée, les traits fondamentaux d'une personnalité intellectuelle font en effet complètement défaut.

On peut prendre l'idiotie complète comme point de départ, pour établir une sorte de classification en distinguant trois degrés, selon l'intensité de la faiblesse mentale ou d'après le point où le développement intellectuel est resté stationnaire :

1° L'***idiotie***, dans laquelle le développement intellectuel reste à l'état embryonnaire et qui s'accompagne souvent de stigmates physiques graves de dégénérescence ;

2° L'***imbécillité***, dans laquelle l'affaiblissement intellectuel, un peu moins accusé, se caractérise par une perturbation moins brutale de la sensibilité, de la motilité et de la parole ;

3° ***Débilité mentale***, degré le plus léger de l'infériorité intellectuelle ; elle ne se distingue pas beaucoup de ce qu'on appelle dans le langage familier : « faiblesse d'esprit » ou « bêtise ».

Une classification étiologique, anatomique ou morphologique des débilités mentales congénitales étant encore impossible, on doit se contenter de la division clinique qui vient d'être indiquée et qui est fondée uniquement sur l'intensité de la débilité.

Étiologie. — L'influence héréditaire est nettement indiquée dans 70 p. 100 des cas d'idiotie.

A cet égard, l'alcoolisme des parents joue un rôle immense. Demme a trouvé que dix familles sobres engen-

drent 81,9 p. 100 d'enfants intellectuellement normaux, tandis que dix familles de buveurs engendrent seulement 17,5 p. 100 d'enfants normaux. [Bourneville a établi, dans l'histoire des antécédents héréditaires de 1 000 idiots, 471 fois l'ivrognerie du père, 84 fois l'ivrognerie de la mère, 65 fois l'ivrognerie des deux parents à la fois.] La syphilis héréditaire est notée dans quelques cas. La tuberculose des parents (Piper) agit surtout par un affaiblissement général de la vitalité de l'embryon. Assez souvent on indique comme cause d'idiotie des phénomènes morbides qui se produisent chez la mère pendant la grossesse. Des traumatismes du crâne pendant l'accouchement sont également incriminés.

Dans un tiers des cas, il faut chercher la cause de l'idiotie dans les maladies de la première période de la vie de l'enfant. Toutes les affections infantiles fébriles peuvent être dangereuses; même quand elles sont ou semblent être légères, elles sont souvent accompagnées en pareil cas de délire et de convulsions. La fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, plus rarement la diphtérie, l'influenza, la rougeole, l'érysipèle peuvent être suivis de troubles dans le développement du cerveau. Le rachitisme y a une part relativement rare. Sont particulièrement graves : l'encéphalite, l'hydrocéphalie et l'éclampsie infantile. Beaucoup de cas ne peuvent encore s'expliquer par ces causes; ils doivent plutôt être attribués, soit à des affections inflammatoires de l'encéphale survenues pendant la période embryonnaire, soit à des arrêts de développement cérébral analogues à toutes les autres malformations somatiques et à certains stigmates de dégénérescence.

Autrefois, on attribuait encore, dans certains cas, l'idiotie à la privation d'un des cinq sens, comme l'a soutenu Ireland dans son ouvrage sur *Idiocy by deprivation*. On croyait qu'un enfant privé d'un important organe sensoriel ne pouvait généralement pas parvenir à un développement notable de l'intelligence. Cela n'est pas exact. S'il est vrai que, parmi les idiots, il se trouve beaucoup d'enfants aveugles ou sourds, il faut reconnaître que le développement intellectuel des enfants privés de la vue ou de l'ouïe n'est pas toujours entravé. Un exemple classique est celui de Laura Bridegeman (de Boston) :

A l'âge de six ans, elle fut atteinte d'une grave scarlatine et

perdit la vue ainsi que l'ouïe. Le professeur des sourds-muets, Howe, l'instruisit par la méthode du toucher. Il lui mettait entre les mains une épingle (en anglais : *pin*) et une plume (en anglais : *pen*) jusqu'à ce qu'elle eût clairement remarqué la différence au toucher. Puis, il essaya de l'accoutumer à deux signes différents de la main correspondant aux sons *pin* et *pen*, jusqu'à ce qu'elle eût fermement associé dans sa mémoire un mouvement déterminé de la main avec chacune des deux sensations tactiles. Finalement, il indiqua à l'enfant, sur l'écriture tactile des aveugles, les touches ou les types correspondants aux mots *pin* et *pen*, de manière que désormais il y eût trois impressions différentes associées avec l'idée d'un seul objet. Il lui fut très facile d'inculquer à l'enfant les notions de goût, à l'aide desquelles il passa ensuite aux idées abstraites. Ainsi, pour exprimer le contact avec des gens aimables, il donnait à l'enfant à mordre dans des fruits sucrés, tandis que, pour lui donner l'idée qu'on se trouve en présence de personnes désagréables, il la faisait goûter à un fruit aigre. A force de sagacité et de patience, il réussit à faire que la jeune fille pût s'occuper utilement et même écrire des lettres très correctement.

Autrefois, on admettait encore une catégorie d'idiots qu'on appelait les *enfants loups*, les *wolfs boys*; c'était de petits êtres qui grandissaient dans la sauvagerie la plus complète, de sorte qu'ils restaient au degré intellectuel de l'idiot. Il s'agissait là probablement d'imbéciles incultes, mais sans doute adultes, car des petits enfants placés dans de telles conditions auraient bientôt péri. Étant donnée la civilisation actuelle, il ne peut plus être question de cette forme de débilité mentale. [Il faut, malheureusement, constater que, malgré la civilisation actuelle, les *wolfs boys* s'observent encore de temps à autre, et cela, chose invraisemblable, en plein Paris. En qualité de médecin de l'*Asile du Sauvetage de l'Enfance*, j'ai eu l'occasion d'en observer un certain nombre qui, par suite de toutes sortes de sévices, de manque de nourriture, d'abandon complet au point de vue moral et intellectuel, ont été abrutis au dernier degré. A première vue, ces enfants produisaient l'impression d'idiots complets. Mais au bout de quelques semaines de soins normaux, ils quittaient leur masque de *wolfs boys* et, s'accommodant aux conditions de leur nouveau milieu, leur intelligence s'ouvrait et se développait comme celle des enfants de leur âge.]

L'**anatomie pathologique** est ici encore à ses débuts. Les stigmates d'ordre dégénératif sont extrêmement fréquents. Souvent on peut déjà, d'après la déformation du crâne, reconnaître que le cerveau ne peut avoir suivi un développement normal. Quelques groupes peuvent se classer anatomo-pathologiquement, mais sans que chacun de ces groupes puisse toujours former un tout absolument homogène. Cliniquement, ces groupes anatomo-pathologiques n'ont qu'une importance minime, surtout lorsqu'on les compare à l'intensité du trouble embryologique qui a présidé à la formation de ces cerveaux.

I. ***Anencéphalie***. — Dans certains cas, des enfants vivent quelques jours, voire même plusieurs semaines ou plus, tout en étant complètement privés des plus grandes parties de l'encéphale.

[Durante a décrit un anencéphale dont le système nerveux central se composait du bulbe et de la moelle épinière, et qui a pourtant vécu vingt jours.]

Muralt a signalé un hémicéphale qui a vécu deux jours. On a vu des cas où des enfants privés du corps calleux et même du cervelet ont pourtant vécu plusieurs années.

II. ***Microcéphalie, micrencéphalie*** (Voy. fig. 43-46). — A ce groupe se rattachent les cas dans lesquels le développement du cerveau s'est arrêté, comme cela se voit à la figure 44, soit par suite d'un défaut de place(?), soit à cause d'une inflammation diffuse ou partielle qui a frappé l'encéphale pendant son évolution. La voûte cranienne est quelquefois aussi, secondairement, retardée dans son développement. Rieger cite le cas d'un microcéphale adulte dont le crâne, représenté par la figure 43, avait un diamètre antéro-postérieur maximum de 11^{cm},8 et un diamètre transversal maximum de 8^{cm},6; le poids de l'encéphale était de 450 grammes.

Le cerveau présente dans certains cas une diminution générale, également marquée dans toutes les dimensions, et cela sans autre anomalie macroscopique. Souvent on constate aussi que les hémisphères cérébraux, à cause de leur faible développement, ne recouvrent plus le cervelet, ce dernier étant de volume normal, ainsi que la figure 51 en offre un bel exemple. Souvent on remarque l'insuffisance des circonvolutions, qui, tout en présentant les principaux sillons, n'ont guère, comme le cerveau représenté par la figure 50, de bifurcations secondaires [des plis de pas-

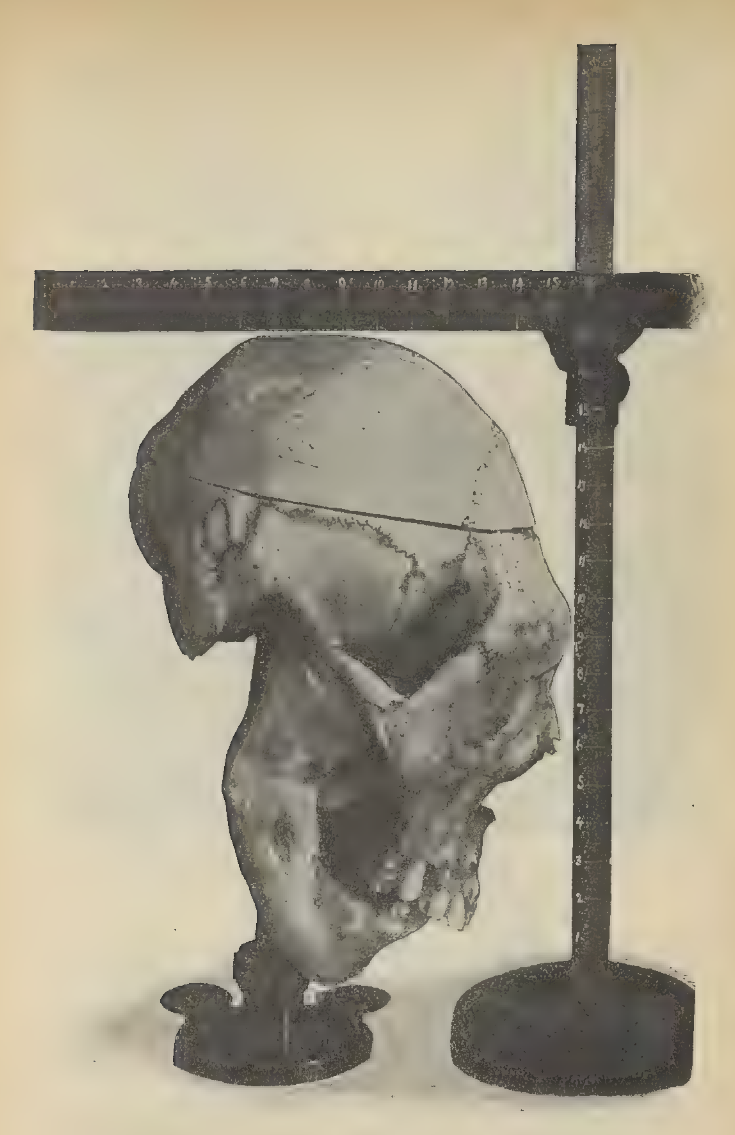


Fig. 43. — Crâne d'un microcéphale. Front fuyant.

sage]. Fréquemment, la cause fondamentale de la microcéphalie est dans une aplasie partielle ou une hypoplasie de régions de l'écorce, dont les circonvolutions trop minces apparaissent quelquefois sous la forme de choux-fleur (Voy. fig. 44 et 51). Cependant, il faut admettre que certains processus inflammatoires peuvent également produire une microgyrie de cette sorte. Bresler classe aussi

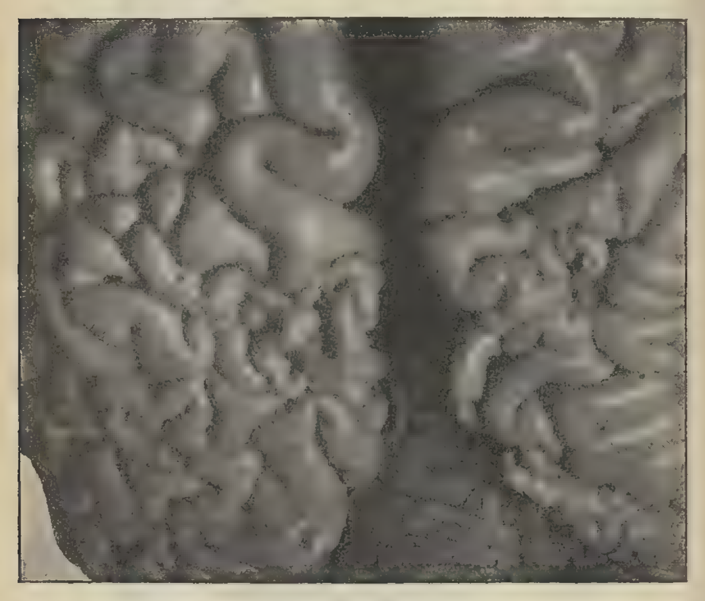


Fig. 44. — Microgyrie des lobes cérébraux pariétaux et occipitaux, d'après Bresler.

dans le groupe de microcéphalie les cas caractérisés par une hypertrophie cicatricielle de la névroglie et du tissu conjonctif; il désigne cette variété sous le nom de *ulegyrie*.

III. ***Porencéphalie***. — Ici le cerveau présente des lacunes, par suite d'arrêts partiels de développement, ce qui se manifeste dans bien des cas par un affaissement de la voûte du crâne. Quelquefois, les lacunes cérébrales résultent d'inflammation et de ramollissement de la substance nerveuse, ce qui s'observe en particulier dans la polioencé-

phalite, affection qui survient généralement dans la pre-



Fig. 45 *a*. Microcéphalie. Fig. 45 *b*.

mière année de la vie. Si la lacune siège au niveau d'un centre important des mouvements musculaires, on constate



Fig. 46. — Microcéphalie.

avant tout une paralysie spastique avec des contractures et une atrophie des muscles intéressés (Voy. fig. 47).



Fig. 47. — Porencéphalie. — Fils de paysan, 24 ans ; ses père et mère étaient consanguins ; à l'âge de deux ans, il a eu des convulsions et, depuis, une hémiplégie gauche ; il présente un léger strabisme. A peu appris à l'école ; il est sujet à des attaques épileptiques ; il est très irritable et violent. La musculature est athlétique ; seulement, le bras et la jambe gauches sont moins développés que les membres du côté droit ; en outre, sa démarche est spastique.

On observe souvent la localisation de la porencéphalie au niveau de la circonvolution centrale interne (Voy. fig. 50 : au niveau de la *fosse sylvienne* et au-dessus d'elle on trouve une baie de la grosseur d'un œuf d'oie, remplie d'un liquide séreux sanguinolent). Sur un terrain pareil, les accidents épileptiques, et en particulier les convulsions, ont une tendance très marquée à se développer plus tard. Il existe cependant des cas de porencéphalie dans lesquels on ne constate point de troubles mentaux.

[A titre exceptionnel, Baillarger et, plus tard, Cullerre ont noté des cas d'*hypertrophie cérébrale* chez les idiots.]



Fig. 48. — Hydrocéphalie.

IV. ***Hydrocéphalie.*** — Sous l'influence de lésions inflammatoires de l'écorce, des méninges et de l'épendyme ventriculaire, il peut se produire une augmentation considérable du liquide céphalo-rachidien; ce liquide s'amasse de préférence soit dans les espaces arachnoïdiens, ce qui donne lieu à l'hydrocéphalie externe, soit dans les ventricules, ce qui constitue l'hydrocéphalie interne. Ainsi accumulé, il comprime les régions cérébrales adjacentes, après avoir déterminé une dilatation plus ou moins considérable des ventricules (Voy. pl. V et fig. 1 de la planche XXIII). Sous cette pression, l'écorce s'aplatit et le crâne de l'enfant, avec les sutures non encore solidement formées, cède sous la pression, de sorte que l'axe transversal, et surtout l'axe longitudinal, augmentent, et que le front de-

vient fortement proéminent. [Dans l'*hydrocéphalie*, le liquide céphalo-rachidien peut s'accumuler tantôt dans les espaces arachnoïdiens (*hydrocéphalie externe*), tantôt dans les ventricules (*hydrocéphalie interne*). La conséquence de cette accumulation liquide est la compression des régions environnantes, soit par dilatation excessive des ventricules, soit par aplatissement des circonvolutions cérébrales. Sous la pression intracranienne, les sutures cèdent ; de là, augmentation de deux axes du crâne, de l'axe transversal, mais surtout de l'axe longitudinal. On conçoit que cette hydropisie cérébrale détermine une atrophie de diverses parties constitutives de l'encéphale : hémisphères, ganglions centraux, cervelet. La lésion histologique dominante est ici l'artérite chronique, caractérisée par l'épaississement des tuniques externe et interne. Le nombre de vaisseaux est augmenté.]



Fig. 49. — Hydrocéphalie légère chez un garçon de douze ans ; taille 1m,95 ; léger strabisme ; dentition mal développée ; voûte palatine aplatie ; écholalie ; semble imperfectible au point de vue moral et intellectuel.

La face est petite, les yeux sont dirigés en bas (Voy. fig. 48). Si le processus inflammatoire ne s'arrête pas, la vie de l'enfant peut être en danger. Assez souvent, dans l'hydrocéphalie légère et moyenne, le développement intellectuel n'est nullement troublé ; chez les enfants dont l'hydrocéphalie est fortement accusée, ce développement ne se fait guère.

Parfois, on observe aussi chez les hydrocéphales des accidents épileptiformes, des paralysies spastiques et du clonus de certains muscles ; ces troubles moteurs peuvent s'accompagner d'une intelligence intacte.

V. ***Idiotie familiale amaurotique.*** — Cette idiotie forme, d'après Sachs, une variété spéciale qui, indépendamment des constatations d'ordre anatomique, se caractérise cliniquement d'une manière plus précise que les variétés citées plus haut. Des enfants, la plupart appartenant à des

familles israélites de la Pologne, deviennent malades entre le troisième et le cinquième mois de la vie : leurs muscles deviennent flasques et leur développement intellectuel s'arrête; puis ces enfants sont frappés de cécité et meurent après quelques mois. Anatomiquement, on trouve une chromatolyse de toutes les cellules ganglionnaires avec un gonflement du corps de la cellule et un déplacement du noyau vers la périphérie; de plus, on constate des altérations des cellules de la rétine, une dégénérescence du nerf optique et du faisceau pyramidal. Macroscopiquement, on note quelquefois de l'œdème et de l'hyperémie, de même qu'une hypoplasie partielle du grand cerveau : les hémisphères sont asymétriques, les circonvolutions sont disposées en îles isolées, quelques-unes sont atrophiées. On trouvera une section d'un cerveau hydrocéphale avec des ventricules dilatés à la figure 1 de la planche XXIII.



Fig. 50. — Cerveau présentant une forte lacune porencéphalique au niveau du lobe pariétal droit.

[VI. Des travaux publiés en France par Bourneville (1880), Jules Simon (1883), Richardière (1885), Thibal (1888) ont

mis en lumière une variété anatomo-pathologique de l'idiotie dite *sclérose cérébrale tubéreuse ou hypertrophique.* Ce qui caractérise cette lésion, c'est la présence sur les diverses circonvolutions de *masses scléreuses hypertrophiées* qui déforment complètement la surface des hémisphères cérébraux. Ces masses sont lisses, blanchâtres et dures ; elles tranchent très nettement sur la substance grise voisine. Au point de vue histologique, la sclérose tubéreuse est remarquable par l'absence d'éléments nerveux dans toutes les parties sclérosées du cerveau. La trame névroglique est très dense, riche en cellules araignées. Les masses scléreuses sont pauvres en vaisseaux ; ceux qui restent sont entourés de nodules scléreux envahissants.]

[VII. A côté de la sclérose hypertrophique, il faut signaler la *sclérose atrophique*, dans laquelle on constate une méningite plus ou moins dense avec nodules scléreux envahissants disséminés autour des vaisseaux.]

[VIII. Chez un certain nombre d'idiots, on constate à l'autopsie des lésions de *méningo-encéphalite* en tout comparables à celles qu'on trouve dans la paralysie générale : mêmes adhérences de la pie-mère à la substance corticale, même décortication difficile s'accompagnant d'arrachement de la substance grise.]

Chez beaucoup d'idiots, on observe, en outre, d'autres altérations anatomiques, qui ont conduit à admettre une série de *types craniens*, indépendamment de ceux que nous avons déjà cités plus haut : type d'*aztèque*, caractérisé par un crâne au front fuyant, la plupart du temps microcéphale ; type *ornithoïde* ou *d'oiseau*, qui consiste en un petit crâne allongé avec un squelette de la face proéminent, dit encore type *simiesque.* Viennent ensuite le *crâne de Mongol*, étroit et rond, avec une face aplatie, et les angles des yeux obliques ; le crâne *oblique* ou *plagiocéphale* ; la *scoliose du crâne* ; ces divers types se rencontrent aussi chez des gens normaux ; le crâne *en forme de tour.* Assez souvent on trouve une lacune dans l'ossification des sutures ; quelquefois, on est en présence d'une synostose prématurée de la base du crâne, particulièrement de la synostose tribasilaire.

Des altérations squelettiques dans le genre de celles que représentent les figures 55, 56 et la planche VII peuvent s'observer chez les idiots plus ou moins profonds.

Au microscope, on constate fréquemment des anomalies vasculaires (Hammarberg). En ce qui concerne l'écorce, on trouve deux groupes importants d'altérations (Nissl). D'un côté, il peut s'agir d'un développement trop insuffisant de l'écorce cérébrale, d'un arrêt de développement cellulaire survenu pendant la vie fœtale ; là, les cellules sont arrondies, clairsemées et souvent encore embryonnaires ; les

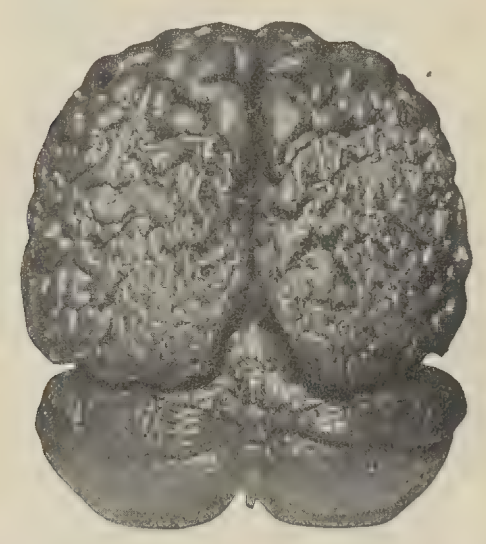


Fig. 51. — Cerveau d'un idiot avec microgyrie au niveau des lobes occipitaux et de quelques régions du lobe pariétal. Le cervelet, d'un volume normal, n'est pas ici recouvert par le cerveau arrêté dans son développement. Diamètre antéro-postérieur maximum du cerveau : $10^{cm},6$.

fibres nerveuses et la substance grise de l'écorce ne se sont pas encore développées. D'autre part, il se trouve des cas avec des cellules complètement formées, et dans les rangées desquelles on observe de grandes lacunes à côté d'hypertrophie de la névroglie, ainsi que des cellules adipeuses de Ehrlich, ce qui indique la dernière étape du processus morbide.

Planche V. — *Hydrocéphalie congénitale interne.* Les ventricules latéraux sont remplis d'un liquide séreux transparent; on aperçoit le *plexus choroïde* de couleur rougeâtre. L'épendyme est un peu trouble et épaissi (il est rendu trop foncé sur la figure). La substance *blanche* des hémisphères cérébraux est très amincie.

Idiotie.

Les idiots *complets*, *profonds*, entièrement *imperfectibles*, comme celui, par exemple, qui est représenté par la figure 53, sont souvent inférieurs aux animaux au point de vue des fonctions psychiques élémentaires. Quelquefois même, il est difficile de faire teter l'idiot nouveau-né. Beaucoup d'idiots, déjà avancés en âge, sont incapables d'apprendre à manger seuls; on est obligé de les nourrir en leur introduisant péniblement les aliments jusque dans le pharynx, avec le danger perpétuel qu'ils déglutissent de travers.


Fig. 52. — Idiot, avec la langue constamment tirée hors de la bouche.

Parmi les idiots, 7 à 8 p. 100 sont frappés de cécité, soit congénitale, soit acquise au cours des premiers mois de la vie. Il en est, à la vérité, qui possèdent un bon organe visuel, mais qui ne sont pas en état de reconnaître la chose vue : ils se heurtent contre tout, parce qu'ils ne comprennent pas la signification des obstacles. La surdité est un peu plus rare; son diagnostic est très difficile à établir. Le goût et l'odorat sont parfois troublés. La sensibilité tactile est troublée moins souvent. Fréquemment, on observe chez ces malades de l'analgésie ou de l'hypalgésie. Quelques-uns sont atteints de carie dentaire, et ne manifestent jamais de la douleur. Les besoins de la défécation et de la miction sont rarement ressentis : les parésies de l'anus et de la vessie expliquent la fréquence du gâtisme.

Tab. 5.



Au point de vue intellectuel, la *conception* et l'*aperception* sont nulles ou très faibles. Certains idiots ne sont réveillés de leur obtusion mentale que par très peu de sensations, par exemple par celle de la faim.

L'*association des idées* et la *mémoire* jouent dans leur vie psychique un rôle minime ; l'ensemble de leurs *idées* se rapporte exclusivement au manger. Il ne saurait être



Fig. 53. — Idiot complet, imperfectible.

question chez eux de *formation de jugements*, de *conclusions*, encore moins de *conscience de leur personnalité*.

Il est également impossible de songer à leur apprendre à *parler*. Souvent ils sont frappés d'une *mutité* complète. Quelquefois ils profèrent un vague *balbutiement* ou des *cris*. — Beaucoup d'entre eux répètent des mots comme des perroquets, sans les comprendre. Une idiote disait continuellement : « Ah ! oh ! et bonjour, bonsoir ». Le vocabulaire d'une autre s'élevait à six mots : « Muik (musique), pain, donner, hommes, cray (crayon), lait ». L'*articulation* est, en outre, presque toujours défectueuse.

Parfois on observe des dispositions pour la *musique* :

Planche VI. — *Idiot atteint de porencéphalie.* A droite, parésie spastique ; main cyanotique ; le sujet bave. Pendant les attaques d'épilepsie, il s'est donné des hématomes des oreilles.

les enfants marmottent une mélodie ou bien balbutient sur un ton rythmé.

Les *mouvements* des idiots sont souvent tout à fait désordonnés. Quelques-uns d'entre eux ne peuvent même pas apprendre à s'asseoir ; ils restent comme des poupées affalés dans tous les coins ; d'autres sont continuellement agités et manifestent sans cesse un besoin de remuer sans pouvoir exécuter le mouvement déterminé le plus simple. Beaucoup restent la bouche ouverte et tirent la langue en bavant, comme c'est le cas de l'idiot représenté par la figure 52. Quelques-uns oublient très rapidement ce qu'on leur a très péniblement appris ; ainsi, par exemple, un idiot cessa de marcher et ne put plus que ramper.



Fig. 54. — Idiotie avec tic des mains.

Les *attitudes* et les *mouvements désordonnés*, ainsi que les *tics*, sont très fréquents chez les idiots (Voy. fig. 54). On observe chez eux, en effet, des *mouvements uniformes*, *rythmiques* des membres du tronc ou de la face : ils tapent avec les pieds, frappent avec les mains, balancent leur corps, font des grimaces, poussent des cris inarticulés. Peut-être faut-il rattacher aussi à la catégorie des tics leurs mouvements de *masturbation instinctive.* Quelques idiots se donnent des coups et souvent se blessent gravement (Voy. fig. 62). En outre, il n'est pas rare de cons-



tater chez eux des accidents nerveux : des *crises épileptiformes*, des *paralysies* flasques ou accompagnées de *contractures*, des *parésies*, des *mouvements choréiques*, de l'*athétose*, du *nystagmus*, du *strabisme*. Toutes ces manifestations peuvent être bilatérales ou unilatérales. Les



Fig. 55. — Idiotie profonde avec altérations du squelette. Scoliose totale. Le même idiot est représenté de face à la planche VII.

contractures peuvent survenir soit à la suite des *paralysies spastiques*, soit par inactivité des muscles correspondants.

Les *traits du visage* sont dépourvus d'expression, souvent contractés par un *rire stupide* ou par des *grimaces*. Quelquefois, cependant, le facies peut exprimer la peur ou

la colère. Si la grande majorité des idiots sont remarquables par leur laideur plastique, il arrive parfois de rencontrer parmi eux des enfants qui ont une figure assez jolie (Voy. fig. 57).

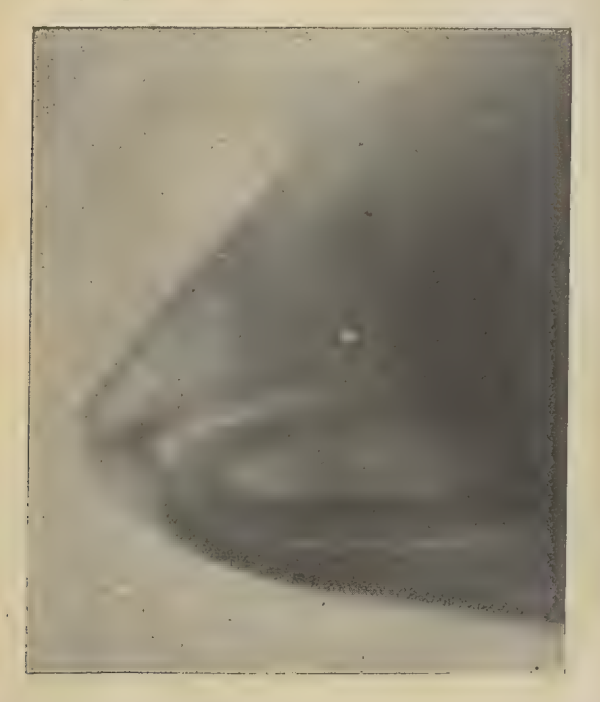


Fig. 56. — Fracture spontanée des côtes survenue chez l'idiot représenté par la figure 55 et la planche VII.

Envisagés au point de vue de leurs manifestations psychiques extérieures, on peut dire que les idiots *microcéphales* sont plutôt *excités*, tandis que les *hydrocéphales* sont généralement *déprimés*, placides.

Idiots perfectibles.

Il y a des idiots d'un degré un peu moins profond qui parviennent à apprendre à parler d'une façon plus ou

Tab. 7.



moins rudimentaire, ce qui permet jusqu'à un certain point de les comprendre et de se faire comprendre d'eux. A cet égard, on peut distinguer deux *formes* : l'une *torpide, apathique*; l'autre *versatile, excitée.* Les idiots de ces groupes perçoivent et retiennent dans leur mémoire un plus grand nombre d'impressions, mais ils sont complètement incapables de transformer ces dernières en idées. Ce sont les *instincts de la vie végétative* qui prédominent



Fig. 57. — Idiotie. Petite fille aux traits relativement réguliers. Strabisme.

surtout chez eux : manger, boire, et cela souvent sans limite. L'*onanisme instinctif* est également fréquent chez eux. Des *sentiments* plus compliqués, tels que la *reconnaissance*, la *tristesse*, leur sont le plus souvent inconnus. Pourtant, les idiots de cette catégorie rient souvent quand ils mangent ou quand ils regardent des couleurs vives, ou quand ils entendent des sons forts ; de même, ils crient quand on les lave. Ils sont capables d'apprendre à se tenir debout, à marcher, parfois même à s'habiller plus ou moins seuls. On en voit même qui apprennent quelques travaux

très simples, comme de tresser de la paille ou garder les oies. La faculté de la *parole* se manifeste généralement très tard, rarement avant la cinquième année, quelquefois vers l'âge de huit ans seulement. Quelques-uns d'entre ces idiots acquièrent un petit vocabulaire, mais déforment tel ou tel mot ; d'autres articulent d'une ma-



Fig. 58. — Idiotie perfectible.

nière défectueuse, en prononçant les consonnes à faux, ou en omettant des syllabes. Le *bégaiement* est très fréquent chez eux. La construction de la phrase est la plupart du temps rudimentaire. Le sens des paroles prononcées n'est pas toujours compris. Les réponses ne s'accordent pas souvent avec les questions posées et se rapportent plutôt à une question qui a été posée bien auparavant. Beaucoup d'idiots, comme c'est le cas de la jeune fille que représente la figure 58, apprennent facilement par cœur et

retiennent souvent dans leur mémoire de grandes poésies, ainsi que de longues séries de nombres ; tout cela sans comprendre le sens de ce qu'ils récitent. Fréquemment, le développement intellectuel s'arrête dès la huitième ou la dixième année de la vie, alors que le développement des sentiments affectifs continue à se faire pendant quelque temps, pour ne s'arrêter que plus tard. Un revirement radical se produit dans certains cas au moment de la puberté.

Les *idiots apathiques* restent assis toute la journée avec un air hébété, absorbé. C'est à grand'peine qu'on peut éveiller leur attention ; ils sont comme figés, incapables d'émettre une autre idée que celle qu'ils ont par hasard perçue. Leurs gestes sont uniformes et l'humeur est presque toujours indifférente, à moins qu'elle ne respire le bien-être, la béatitude stupide.

Les *idiots excités* manifestent une attention plus rapide, mais impossible d'ordinaire à être fixée (*aprosexie*). Ils divaguent et oublient d'un instant à l'autre ce qu'ils viennent de dire. Leur humeur varie souvent et va sans rime ni raison de la gaieté à l'irritation et aux larmes. Ils sont toujours à l'état d'agitation : courent çà et là, applaudissent, rient, grimacent. Ce sont ce qu'on appelle d'« éternels bavards ». Ils se fourrent toutes sortes de choses dans la bouche. Ils montrent une tendance à l'imitation. Assez souvent ils deviennent un danger public par des incendies ou des viols qu'ils commettent sans savoir pourquoi. Il se produit parfois dans leur état cœnesthétique des oscillations périodiques. Les hallucinations et les idées délirantes sont très rares chez eux.

Imbécillité.

Dès qu'il n'existe pas de troubles trop importants du côté des organes des sens, des fonctions motrices et de la faculté du langage, dès qu'il devient possible de tenter un enseignement ou une éducation, nous désignons la faiblesse congénitale de l'intelligence sous le nom d'*imbécillité*. En pareil cas, la perception d'impressions extérieures est très souvent bonne. Ce qui est surtout médiocre, c'est l'attention active et l'élaboration d'idées. La mensuration psychologique montre, d'après Wreschner, que la marche de l'association des idées est ralentie de plus

du double par rapport à l'état normal. La mémoire des imbéciles représente comme force la moitié de ce qu'elle est chez les enfants normaux. Cependant, chez certains imbéciles on constate un développement exclusif de la mémoire tantôt pour le calcul, tantôt pour l'étude de langues étrangères, tantôt pour la musique. Là où la lacune se montre chez eux très grande, c'est dans la faculté de raisonnement, dans la recherche d'une conclusion. Aussi, cette lacune de leur intelligence se manifeste-t-elle d'une manière particulièrement nette dans le calcul. Il est rare qu'ils puissent compter au delà de 100. Quelques-uns peuvent additionner sur leurs doigts ou sur des objets concrets, mais non pas de tête. La table des multiplications peut encore se fixer par un exercice de la mémoire, mais les soustractions et les divisions sont toujours beaucoup plus défectueuses. Quand un imbécile a répondu que 3 + 4 font 7, il est souvent incapable de dire combien font 4 + 3.

Comme pour les idiots, on peut diviser les imbéciles, d'après le développement de leur volonté et de leur activité mentale, en deux groupes : les *passifs* ou *apathiques* et les *actifs* ou *excités*.

Les *imbéciles passifs* sont indifférents, le plus souvent d'une humeur niaisement gaie. Ils deviennent rarement gênants ; ils se laissent diriger pour toutes sortes d'occupations, mais ne peuvent travailler d'une manière indépendante. Beaucoup d'entre eux sont paresseux, aiment à rester au lit, promettent toujours de commencer leur tâche le lendemain, ou bien laissent de côté le travail commencé. Les troubles sensoriels et les idées délirantes sont, chez eux, assez rares.

Les *imbéciles actifs* sont attentifs, mais leur attention se lasse vite. Des éléments mal ou point coordonnés composent leur intelligence, et leurs idées sont très confuses. Il serait inutile de leur demander des notions abstraites. Leur mémoire est souvent infidèle ; des faits imaginaires se mêlent aux souvenirs exacts. Souvent ils ont des idées baroques, très tenaces. Un imbécile, par exemple, portait toujours sur lui trois livres : le premier traitait des songes, un autre était un volume de contes, le troisième contenait le code pénal. Ils sont capables d'apprendre un peu de calcul, quelques dates d'histoire, quelques faits de géographie, quelques bribes de langues étrangères. Souvent ils

parlent avec facilité, mais radotent et le fond de leurs conversations est très pauvre. Au point de vue de leur état cœnesthétique, ils sont généralement gais, mais souvent changeants. Leurs sentiments affectifs sont instables. Ils sont incapables d'une sympathie basée sur la réflexion, ni d'amitié, ni d'amour pour leurs parents, ni de reconnaissance, ni de repentir. Ils suivent toujours leurs instincts, avec un égoïsme absolu, sans égards pour personne.



Fig. 59. — Imbécillité. Face asymétrique.

[Ces malades sont donc, comme le dit Sollier, des êtres *antisociaux*, tandis que les idiots et les imbéciles à forme apathique sont des êtres *asociaux*.]

Moral insanity.

En 1819, Grohmann a soulevé le problème de l'idiotie et de la folie morales. Puis en 1835, Prichard a décrit comme une *entité morbide* la « moral insanity ». Aujourd'hui, on a abandonné cette manière d'envisager ce syndrome. Dans beaucoup de psychoses, l'intelligence et la mémoire peuvent se maintenir en très bon état, tandis que les émotions et les instincts sont particulièrement anormaux. De là, des conflits avec la loi et les mœurs, comme cela s'observe, par exemple, dans l'alcoolisme, dans certaines

formes d'excitation maniaque, dans la démence précoce. En outre, on trouve des enfants dont les sensations n'évoquent pas chez eux de sentiments affectifs et émotifs normaux. Déjà à l'état normal, le développement intellectuel et affectif de la vie psychique présente souvent de grandes différences, ce qui fait qu'on dit d'un tel que c'est un homme « de tête » et d'un tel autre que c'est un homme « de cœur ». Chez l'un prédomine le raisonnement ; l'autre se guide plutôt par les sentiments. Il y a des enfants qui, par insuffisance de développement de leurs sentiments affectifs, tourmentent les animaux, commettent des tours d'une ruse ou d'une cruauté raffinées, mentent, sont entêtés. Si plus tard ces enfants sont livrés à eux-mêmes, s'ils sont exposés à l'alcoolisme et à tous les dangers d'une vie irrégulière, ils ne tardent pas à entrer en conflit avec les lois : les uns deviennent des vagabonds ; les autres, les jeunes filles, se livrent à la prostitution ; les plus agités d'entre eux commettent de grands crimes. Autrefois, on voulait, d'après ces diverses tendances anormales de la vie émotive et instinctive, édifier autant de « maladies » spéciales et l'on décrivait : la kleptomanie, la pyromanie, la manie de la diffamation, du meurtre, en un mot, toutes les soi-disant « monomanies ». Aujourd'hui, nous rangeons de pareilles manifestations parmi les symptômes d'un état morbide qui peut s'observer dans diverses psychoses, mais plus spécialement dans l'imbécillité. Il faut noter que les délits d'ordre sexuel sont fréquemment des signes d'imbécillité ou d'une autre anomalie intellectuelle. Nous ne pouvons guère examiner ici, à ce propos, la question du criminel héréditaire, car cela nous entraînerait trop loin. Remarquons seulement que l'opinion d'après laquelle le principe absolu de la psychiatrie est de considérer la plupart des graves délits comme des symptômes d'une affection mentale, est complètement erronée. La psychiatrie exige, au contraire, que chaque cas soit examiné individuellement. Ce n'est qu'après cet examen qu'elle permet de décider si un délit est en même temps le symptôme d'une psychose. Et alors cette dernière est démontrée à l'aide d'autres symptômes qui l'établissent avec certitude, avec toutes les garanties possibles d'un diagnostic scientifique. (Voy. à ce sujet le chapitre XI).

Débilité mentale.

Les enfants atteints de la forme la plus légère de la débilité mentale congénitale peuvent bien atteindre un certain degré d'instruction. Seulement cette instruction ne peut être poursuivie en commun avec les enfants normaux ; aussi a-t-elle besoin d'être faite dans des classes spéciales.

Les cas les plus marqués sont ceux où la faiblesse intellectuelle porte surtout sur le calcul.



Fig. 60. — Type de débile intellectuel qui a eu, en prison, un accès léger de délire hallucinatoire.

D'autres débiles calculent bien, mais leur jugement est faible ou bien ils n'ont aucune imagination, ne peuvent former le moindre projet, ni écrire une lettre. Quelquefois, on constate chez ces débiles des troubles de la prononciation.

Pour quelques-uns d'entre eux, la débilité mentale se manifeste surtout dans les domaines affectif et psychomoteur. Comme enfants, ils ne comprennent aucun jeu, ou bien sont violents ; d'autres, au contraire, sont apathiques au plus haut degré ; quelques-uns présentent des goûts bizarres, ou forment des projets fantastiques sans jamais les exécuter. On remarque surtout chez eux un manque d'équilibre et une malformation du caractère.

Ces divers symptômes, auxquels l'hystérie s'associe très souvent, sont parfois les avant-coureurs d'une psychose ultérieure et ne se distinguent guère clairement des états mentaux observés chez les dégénérés (Voy. chap. XIII).

Le développement intellectuel d'un certain nombre d'enfants débiles et psychopathiques est souvent compromis ou entravé par un état morbide somatique, comme la scrofule, l'anémie, les troubles respiratoires dus à l'asthme, au gonflement des amygdales, aux végétations adénoïdes; parfois aussi, par des vers intestinaux.

Diagnostic. — Tout d'abord la débilité mentale héréditaire ou congénitale doit être établie par un diagnostic différentiel très sévère. On peut observer au cours de la première enfance d'autres psychoses (Emminghaus) liées, par exemple, à la paralysie infantile, comme cela se voit principalement dans la syphilis héréditaire. Il peut parfois se produire aussi une agitation maniaque et de véritables psychoses à l'occasion de l'épilepsie ou de l'hystérie et même (par la faute d'éducateurs ignorants) des accès de *delirium tremens*. Au cours des névroses telles que la chorée, la maladie de Basedow, l'état mental de l'enfant peut également s'altérer. Les délires fébriles ne sont pas rares non plus, et cela au cours des plus légères affections des premières années de la vie. A partir de la douzième année, on peut observer la démence précoce, principalement sous ses formes héboïde et hébéphrénique, avec des tics, la suggestibilité, et surtout le négativisme. C'est surtout dans les premières années de la vie que le diagnostic est difficile. Comme points de repère importants, il faut signaler la mobilité désordonnée de la langue ou l'habitude de laisser celle-ci pendre hors de la bouche, et aussi la difficulté d'apprendre à parler (Voy. fig. 61).

Une fois que le diagnostic de la débilité mentale héréditaire ou congénitale est établi d'une manière certaine, il faut rechercher ensuite : 1° les conditions anatomiques de cette débilité : encéphalite de la première enfance, porencéphalie, hydrocéphalie, bien que souvent, pourtant, la lésion anatomique seule ne suffise point pour constituer sûrement la cause première du trouble mental ; 2° le degré de l'idiotie, de l'imbécillité ou de la débilité mentale, ce qui permet de déterminer jusqu'à quel point une amélioration est possible.

Le *questionnaire* adopté doit permettre un examen

rapide du sujet sur ses connaissances acquises et ses idées personnelles. L'interrogatoire doit porter sur les personnes de l'entourage, les dates, les adresses, les petits problèmes de calcul, les événements courants de la vie, les



Fig. 61. — Débilité mentale. Petite fille de trois ans ; ne dit pas mot ; langue continuellement hors de la bouche.

notions les plus élémentaires sur l'espace, le temps, la religion, l'histoire, la géographie, la vie sociale, la monnaie, le commerce, l'art, la morale. Un livre d'images offre aussi un excellent moyen d'examen : le sujet doit en nommer et expliquer les illustrations. Sur 97 images présentées à trois frères atteints de débilité mentale, l'un en

a reconnu 29, un autre 32, le troisième n'en a reconnu que 9. Parmi les réponses fausses, il s'en trouvait qui présentaient des traces de justesse ; ainsi l'un nommait purement et simplement *vautour* toute espèce d'oiseaux, sans se préoccuper si c'était un canard, une cigogne, un aigle ou un perroquet. Lorsque la débilité mentale est très faiblement accusée, une longue observation ainsi qu'une grande sagacité pédagogique sont nécessaires pour arriver à formuler un diagnostic exact.

Pronostic. — Il est rare que les idiots arrivent à un âge avancé, quoique, d'autre part, la mort par une lésion cérébrale analogue à celle qu'on observe dans l'idiotie amaurotique familiale de Sachs soit également un fait rare. On admet généralement que 48,6 p. 100 des idiots meurent dans les asiles de tuberculose pulmonaire. Sur 385 enfants idiots et débiles traités à Stetten, il en est mort 11 p. 100 dans l'espace de huit ans, 20 p. 100 durent rester à l'asile, 18 p. 100 furent mis en liberté sans amélioration, 31 p. 100 furent renvoyés améliorés, au point de pouvoir, sans danger, être traités au dehors; 20 p. 100 furent *très améliorés* : ils purent étudier avec succès dans une école destinée à des enfants normaux et apprendre un métier leur permettant jusqu'à un certain point de pourvoir à leur entretien. [Les conditions qui influent d'une façon défavorable sur l'éducabilité des idiots sont : l'extrême émotivité (Jules Voisin), le gâtisme incurable et les attaques comitiales fréquentes. L'éducation faite avec soin profite aux catégories suivantes : idiots par lésion acquise, débiles, arriérés dociles, enfants abrutis par défaut d'éducation (les *wolfs-boys*).]

Traitement. — Sur les moyens préventifs, voyez le chapitre x.

Le traitement pathogénique ou étiologique, d'ailleurs rarement applicable, est dirigé principalement contre la syphilis héréditaire, la tuberculose et le rachitisme.

Lannelongue proposa, contre la microcéphalie, une opération tendant à écarter quelques sutures osseuses du crâne, pour donner plus d'espace au cerveau et lui permettre un développement plus actif. L'opération a été exécutée plus de 200 fois, avec 17,24 p. 100 de terminaison léthale. On n'a pas signalé un seul cas de guérison.

L'amélioration constatée dans 38,42 p. 100 des cas doit

plutôt être attribuée aux soins médico-pédagogiques intensifs prodigués aux enfants opérés.



Fig. 62. — Idiotie. — Enfant de quatre ans, après la craniectomie de Lannelongue. La section d'os du crâne a été faite dans le sens de la raie visible sur la tête de l'enfant. État resté le même ; le malade a des tics et se frappe la tête comme avant l'opération. Il bave. Lanugo persistant sur la région dorsale.

L'hypothèse en vertu de laquelle ces opérations ont été pratiquées est malheureusement erronée ; car la petitesse du cerveau est non pas une conséquence, mais une cause de la petitesse du crâne. L'ossification prématurée des

sutures chez les idiots juvéniles est un fait extraordinairement rare. [Sur 350 crânes d'idiots, Bourneville ne l'a pas observée une seule fois.]

Dans l'hydrocéphalie aiguë, on a essayé de faire la ponction des ventricules cérébraux. On n'a obtenu qu'un résultat momentané, purement symptomatique ; la pression du cerveau diminuait pour augmenter ensuite en même temps que continuait le processus exsudatif.

Au point de vue somatique, on peut intervenir avec succès contre les vices de conformation comme les becs-de-lièvre, contre les végétations adénoïdes, les troubles digestifs, le gâtisme, les escarres. Les sujets qui urinent au lit ne doivent recevoir le soir que des aliments secs. En cas d'onanisme, il faut songer au traitement des vers intestinaux, du phimosis et d'autres causes morbides locales; il faut essayer ensuite les bains froids, les bromures, la lupuline. Contre l'agitation, on a recommandé les bromures, la scopolamine. Les convulsions sont traitées comme dans l'épilepsie.

Le traitement des organes des sens des idiots et débiles constitue un autre problème important à résoudre.

Le rôle essentiel de la thérapeutique appartient ici à la *pédagogie*, et ce rôle est d'autant plus grand que le degré mental de l'enfant est plus élevé. Avant tout, il faut arriver à développer l'attention de l'enfant en éveillant chez lui de vives impressions sensorielles. Souvent, l'éducateur doit consacrer une heure par jour pour apprendre à l'enfant à manger. On développe la motilité du sujet en l'exerçant à marcher, à se tenir debout, à monter des escaliers. Pour exercer les mains, on se sert d'un appareil dans lequel les doigts s'habituent à boutonner et à nouer. L'exercice le plus important est celui de la parole. De bonne heure chaque objet doit être associé avec une image acoustique et une image verbale motrice. Par exemple, aux repas on montrera et l'on nommera la fourchette, et l'enfant répétera ce mot plusieurs fois ; au lavabo, on lui montrera et nommera l'éponge, et il s'exercera à dire le même mot. Les habitudes vicieuses demandent, pour être corrigées, énormément de patience. L'enseignement proprement dit — abstraction faite des exercices du langage — doit procéder par la méthode de l'intuition que l'on pratique le plus possible sur des objets usuels en nature ; on présente à l'enfant des ustensiles réels de ménage, des vrais aliments.

Il est nécessaire aussi de se servir pour la démonstration d'une collection d'objets : modèles, images. L'enfant doit parvenir à la compréhension d'un objet par un



Fig. 63. — Un jeu d'épicerie pour enfants atteints d'idiotie.

effort personnel ; cela est facile, par exemple, au cours des promenades au jardin ou dans les champs. En même temps, on essaie de développer chez lui des notions abstraites, comme : la cause, l'effet, le but. Ainsi, lorsque l'enfant a faim, on l'envoie chercher du pain ; on lui fait en-

suite comprendre qu'il faut aller chercher le pain chez le boulanger ; que le pain se fait avec de la farine provenant du blé ; qu'il faut donner de l'argent en échange du pain, et que l'argent est gagné par le travail. Le directeur Herberich a imaginé un moyen pratique d'instruction en organisant dans son établissement une « épicerie enfantine », où l'enfant, tout en jouant, peut acquérir les notions de marchandises, de monnaies, de mesures et de poids (Voy. fig. 63). On exerce le sens des formes au moyen de modèles, de bâtonnets, d'anneaux, de tablettes.

C'est à peine si un dixième des imbéciles apprend à lire passablement; la plupart ne parviennent qu'à épeler, tout au plus à lire les syllabes. Les uns apprennent plus facilement à comprendre le sens d'un mot, les autres à le prononcer. Le calcul est ce qui présente le plus de difficultés. Pour l'enseigner, on se sert d'objets concrets, tels que de petites boules; on imagine des achats ou des échanges.

Le chant et la gymnastique s'apprennent assez facilement.

Le plus difficile est d'agir sur la sphère de la volonté et des sentiments affectifs. La plupart du temps on n'obtient des enfants qu'un attachement très médiocre.

On les habitue peu à peu à la propreté et à la discipline, et pour cela il faut éviter toute punition corporelle qui ne sert à rien.

De très bonne heure on doit exercer l'habileté des doigts par des travaux de cuisine ou d'aiguille pour les filles et toutes sortes de métiers manuels pour les garçons. La vannerie, par exemple, s'apprend facilement et a déjà servi de gagne-pain à beaucoup de ces enfants sortis de l'établissement. La figure 64 présente deux idiots considérablement améliorés par la méthode médico-pédagogique.

La grande majorité des idiots et des imbéciles ne peut être efficacement traitée dans la famille. Il est difficile de trouver une personne capable de leur donner des soins et une éducation appropriés. De plus, l'impression qu'ils produisent sur leur entourage, en particulier sur leurs frères et sœurs normaux, est très mauvaise. Il existe en Allemagne environ quatre-vingts établissements pour idiots et imbéciles, dont douze à peine sont publics ; les autres sont des fondations privées appartenant à des sociétés philanthropiques, à des maisons religieuses ou à des particuliers, médecins ou pédagogues. Certaines de ces maisons reçoivent des centaines d'enfants ; d'autres

ne forment qu'un petit cercle sur le mode familial. Il serait utile que l'État organisât de son côté, pour les en-



Fig. 64. — Élèves d'une école pour idiots et imbéciles. Les deux portraits isolés marqués d'un ⋆ sont ceux d'enfants considérablement améliorés au point de vue intellectuel. (Figure d'après Schmid-Monnard.)

fants de ce genre, un plus grand nombre d'asiles placés sous la direction des médecins.

Idiotie et imbécillité au point de vue médico-légal.

La criminalité des idiots et surtout des imbéciles est considérable, ainsi que nous l'avons indiqué en étudiant

la « moral insanity ». Les expertises relatives à des idiots sont généralement faciles; les imbéciles présentent à ce point de vue plus de difficultés, à cause des troubles d'ordre affectif qui sont souvent prédominants. Cependant, on aura des données plus certaines en reconstituant tout le passé, héréditaire et personnel, du sujet, et l'on trouvera, en particulier dans les divers certificats d'écoles, de pré-

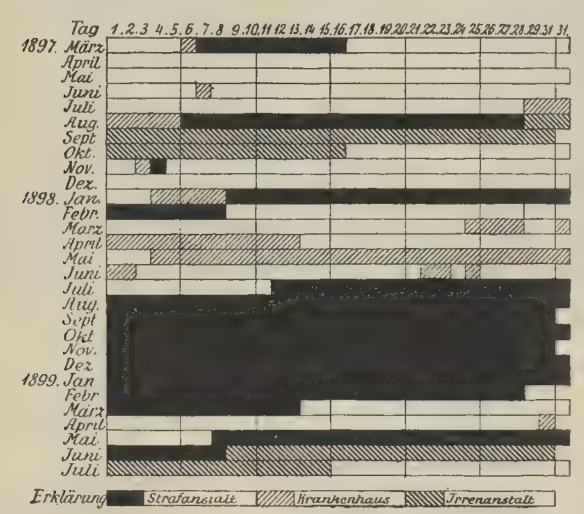


Fig. 65. — Temps passé par un imbécile alternativement dans les maisons de correction, les hôpitaux et les asiles d'aliénés pendant vingt-neuf mois, à différentes dates, de mars 1897 à juillet 1899. Les espaces en noir indiquent le temps passé dans les prisons; les places rayées ▨ marquent le temps passé dans les hôpitaux généraux et les places marquées en lignes croisées ▧ montrent le temps passé dans les asiles d'aliénés.

cieuses indications. Parmi les nombreux délits commis par des imbéciles, citons surtout celui de l'insubordination pendant le service militaire, qui constitue souvent la première indication mettant en doute la santé intellectuelle du sujet. La biographie de nombreux imbéciles n'est qu'une suite d'internements où la prison alterne avec l'asile d'aliénés (Voy. fig. 65).

[Les contestations médico-légales se produisent le plus

souvent à l'occasion des crimes et des délits commis par des individus atteints d'imbécillité à un faible degré. Nombreux sont en effet les imbéciles de cette catégorie qui sont arrêtés pour vagabondage, outrage ou rébellion aux agents de la force publique, attentats à la pudeur, vol, incendie, viol. Ces individus sont poursuivis judiciairement et très fréquemment condamnés comme des sujets d'intelligence normale. Leur état d'infériorité mentale passe inaperçu, faute d'examen spécial qui n'aurait pas manqué de démontrer tout ce que leur esprit présente d'insuffisant et tout ce que leur corps offre en fait de malformations ou d'arrêts de développement indiquant indirectement une mauvaise organisation de leur système nerveux. Plus complexes encore au point de vue médico-légal sont les cas d'imbécillité à laquelle vient s'ajouter une intoxication transitoire ou permanente, un délire plus ou moins confus ou systématisé, avec ou sans hallucinations. L'expert est obligé en pareil cas d'examiner à part chacun des états pathologiques, pour chercher ensuite l'influence qu'ils ont pu exercer mutuellement l'un sur l'autre, ainsi que les conséquences de leur action combinée pour la responsabilité pénale du sujet.]

XIII. — FOLIE DES DÉGÉNÉRÉS

La débilité mentale congénitale intercepte dès le début de la vie psychique le développement intégral d'une personnalité. L'homme qui en est atteint doit être classé dès son enfance parmi les êtres intellectuellement invalides, et d'ordinaire même il passe toute sa jeunesse dans un asile d'idiots. Nous avons maintenant à parler d'un autre groupe d'individus psychiquement anormaux dont le développement physique et intellectuel s'est fait d'une façon satisfaisante, mais dont la personnalité psychique s'écarte de la normale dès les premières années de la vie, et cela dans un sens plutôt défavorable. Ce sont, en un mot, des êtres déviés, au point de vue psychique, du type moyen normal des hommes, des êtres dits « dégénérés » qui, généralement, n'ont pas besoin d'être internés, à moins qu'on ne soit obligé de les traiter dans un asile à l'occasion d'un trouble mental plus étendu. Un examen attentif permet ordinairement de retrouver l'origine de ces caractères ori-

ginaux en remontant jusque dans l'enfance. En même temps, par l'étude des antécédents familiaux, on peut relever d'une façon précise une série de circonstances d'ordre héréditaire : des troubles mentaux ou nerveux des ascendants ou d'autres faits qui, le plus souvent, indiquent une déviation du type normal. Dans les deux cinquièmes des cas au moins, on constate une hérédité similaire. Dans certaines familles, tous les membres, sans exception, manifestent des tendances psychopathiques, sans qu'il survienne une grave psychose. Moebius donne cette définition : « Tout être qui présente une déviation, transmissible par hérédité, du type anthropologique normal, est un dégénéré ». A la vérité, nous sommes encore bien loin de posséder un « code intellectuel » scientifiquement établi, contrôlable et sans lacunes, permettant de classer avec sûreté tel homme parmi les normaux et tel autre parmi les dégénérés.

Ce sont avant tout des aliénistes français, Magnan et ses élèves, qui ont cherché à grouper les diverses formes de la *folie des dégénérés*, domaine principal des états mentaux limitrophes, intermédiaires entre la folie et la raison. Chez beaucoup d'individus, ces états limitrophes représentent la base sur laquelle une affection mentale se développera plus tard. Aussi, n'est-il pas toujours facile de faire la distinction entre ces troubles intermédiaires et certaines affections mentales héréditaires, comme la débilité ou l'hystérie. De même, une division des dégénérés en groupes est à l'heure actuelle difficilement réalisable.

Nous allons décrire d'abord les *états de dégénérescence légère*, dans lesquels la déviation consiste en ce fait que le développement psychique n'a pu atteindre le niveau normal. Nous étudierons ensuite : le groupe, plus nettement établi, des *dégénérés* avec *perversions sexuelles*; les *neurasthéniques constitutionnels* qui, tout en possédant une conscience claire de leur trouble psychique, sont pendant toute leur vie des abouliques manquant de persévérance et de ténacité et accomplissant cependant leur besogne grâce à des efforts parfois énormes; le groupe se rattachant au précédent, mais cliniquement bien caractérisé, des *obsédés* et *impulsifs* ; les *mélancoliques constitutionnels*, malades chez lesquels tous les événements de la vie sont constamment accompagnés d'un sentiment intense de déplaisir, de sorte qu'ils sont continuellement

déprimés ; et, en dernier lieu, les dégénérés à *caractère pathologique*, sujets chez lesquels l'empreinte caractéristique de leur individualité psychique s'est développée d'une façon si exclusive qu'ils diffèrent d'une manière frappante de la moyenne des gens et qu'ils s'exposent, par ce fait, à bien des conflits avec la société au milieu de laquelle ils vivent.

[Que faut-il comprendre par la *dégénérescence mentale* de Morel et de Magnan ? Une déviation du type mental sain, déviation qui est le plus souvent d'origine héréditaire et toxi-infectieuse. Aussi, n'y a-t-il aucune exagération à dire que tous les aliénés sont des individus mentalement dégénérés. D'ailleurs, de tout temps, les aliénistes ont constaté le fait de la fréquence extrême des troubles mentaux chez les parents (ascendants ou collatéraux) des aliénés. Ils ont recueilli et publié de nombreuses observations dans lesquelles on voit que des sujets atteints d'un trouble psychique quelconque avaient un père ou une mère, un oncle ou une tante, un grand-père ou une grand'mère frappés d'une affection mentale similaire ou dissemblable. Ces faits indiquaient nettement l'existence d'une transmission des dispositions des troubles psychiques des ascendants aux descendants par la voie de la génération. Mais en étendant le champ d'observation, en recherchant, notamment chez les ascendants des aliénés, non seulement les accidents d'ordre psychique, mais toutes les manifestations pathologiques de n'importe quel ordre, et cela sans aucune idée préconçue, on a facilement constaté qu'on retrouve dans les familles des aliénés, à côté des syndromes mentaux, des syndromes neuro-pathologiques des plus variés, allant depuis l'hystérie et l'épilepsie jusqu'au tabes et la sclérose en plaques. Mieux encore, en scrutant de plus près l'histoire des ascendants, on finit par trouver chez eux des affections telles que, d'une part, la goutte, le diabète, l'obésité, la gravelle, le cancer, l'eczéma, l'asthme, le rhumatisme, et, d'autre part, la chlorose, l'anémie, la tuberculose, les tumeurs blanches, c'est-à-dire, tantôt les manifestations de l'arthritisme ou de l'herpétisme sur lequel les travaux de Lancereaux ont jeté une si vive lumière (1), tantôt celles de la scrofule, les unes et les autres constituant, d'après Bouchard, les

(1) Lancereaux, *Traité de l'herpétisme*. Paris, 1883.

affections qui caractérisent le ralentissement de la nutrition (1). Il est donc évident qu'en dernière analyse, si les ascendants des aliénés leur transmettent vraiment quelque chose par la voie de la génération, c'est avant tout une nutrition altérée qui fait le terrain ou le milieu de culture. En pareil cas, la transmission héréditaire est incontestable : des parents arthritiques, souffrant de migraines, d'hémorroïdes, de la gravelle ou de la goutte, transmettent à leurs rejetons un trouble dans les échanges nutritifs grâce auquel ils sont aptes, depuis leur conception jusqu'à leur mort, à subir tous les syndromes, somatiques ou psychiques, dépendant de l'herpétisme. La dégénérescence est en somme ici déterminée par la transmission d'une diathèse herpétique, comme elle est produite dans d'autres cas par la diathèse scrofuleuse. Les autres facteurs de la dégénérescence sont constitués en grande partie, pour ne pas dire en totalité, par les intoxications et les infections, chroniques ou aiguës, transmises par les ascendants ou acquises par les descendants.

A cet égard, le cas le plus démonstratif, le plus probant est celui qui s'observe, malheureusement, surtout en France et sur lequel les travaux de tous nos cliniciens insistent avec infiniment de raison, le cas des enfants provenant de l'union d'alcooliques chroniques. L'observation démontre la fréquence extrême, parmi ces rejetons, de toute sorte de syndromes mentaux et nerveux de la dégénérescence (Morel, Magnan) : mélancolie, délire de persécution, hystérie, épilepsie, imbécillité, idiotie. En pareil cas, il est permis d'admettre que le germe d'un alcoolique chronique, tout en ne portant pas en lui le poison en nature, est très affaibli, diminué dans sa vitalité, et ne peut, par conséquent, engendrer qu'un fœtus dont l'évolution sera troublée, retardée ou arrêtée en totalité ou partiellement. En somme, l'intoxication chronique des ascendants, comme leur infection chronique, modifie leur organisme et altère plus particulièrement leurs organes de la reproduction. Aussi, les enfants qui naissent dans ces conditions s'éloignent forcément du type sain par leur faiblesse et leurs anomalies de développement, et présentent ainsi toute sorte de stigmates de

(1) Ch. Bouchard, *Maladies par ralentissement de la nutrition* Paris, 1880.

dégénérescence qui n'existaient pas chez les ascendants. C'est encore par la voie congénitale que se prépare la dégénérescence mentale ainsi comprise, dans le cas des intoxications ou des infections aiguës que peuvent présenter les parents au moment de la conception et la *mère* au cours de la gestation. Si les cellules génératives du père ou de la mère, ou des deux à la fois, sont imprégnées, au moment de la conception, d'un poison comme l'alcool ou d'une toxine d'une maladie infectieuse quelconque, le spermatozoïde et l'ovule étant altérés, le produit de la conception ne pourra être que pathologique. Par exemple, on sait que les enfants conçus en état d'ivresse sont ceux qui sont le plus sujets aux affections nerveuses et mentales et qui sont le plus souvent porteurs de divers stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence de Morel et de Magnan. Donc, cette « dégénérescence » peut se concevoir aujourd'hui, au moins en partie, comme le résultat d'une transmission d'un ralentissement de la nutrition, dû tantôt à l'herpétisme, tantôt à la scrofule ; comme une dystrophie du germe par une toxi-infection, tantôt chronique, tantôt aiguë, des ascendants ; comme une dystrophie acquise sous l'influence de mêmes facteurs diathésiques ou toxi-infectieux. Ce sont ces éléments pathogéniques qui donnent à l'enfant un organisme tel qu'il devient facilement apte à contracter des troubles psychiques plus ou moins graves, en raison, d'une part, de l'accumulation des facteurs diathésiques ou toxi-infectieux congénitaux, et, d'autre part, de l'accumulation de toutes les causes fâcheuses qui peuvent survenir depuis la naissance de l'individu jusqu'à sa mort. Cette aptitude aux troubles psychiques étant l'expression d'une profonde modification dans la nutrition de l'organisme du sujet, on doit s'attendre à trouver chez lui des caractères physiques, fonctionnels et psychiques de cette modification ; ces caractères constituent ce que Morel et Magnan appellent les *stigmates de la dégénérescence.*]

A. — DÉSÉQUILIBRÉS

Le premier groupe des « déséquilibrés » se compose de ces individus qui se distinguent pathologiquement, sur un point quelconque, de la manière d'être d'un sujet sain. Les proportions de leur personnalité psychique s'éloignent

plus ou moins de la symétrie qui se constate dans la moyenne des personnes de la même race et de la même condition sociale. Ces proportions s'écartent en un point quelconque de leurs fonctions psychiques, et cela dans un sens défavorable à leur équilibre. Il est vrai aussi que parfois, à côté de l'insuffisance sur un point de l'intelligence, on observe sur d'autres points des capacités très brillantes. D'ailleurs, ni le malade, ni son entourage ne considèrent ce manque d'équilibre comme un trouble morbide. Pour caractériser l'état du déséquilibré, Mœbius emploie le terme d'*instabilité* ou de *disharmonie* mentale. « Quand les parties constituantes d'un système, dit cet auteur, sont réparties de telle sorte que, après une série de chocs, elles reviennent à leur situation primitive, on peut dire que leur équilibre est *stable*. » C'est dans ce sens que le dégénéré est un être *instable* dont l'équilibre intellectuel disparaît au moindre choc et qui, à cause de cela, mérite bien le nom de « déséquilibré ».

La question d'hérédité mise à part, c'est vainement qu'on cherche la plupart du temps une cause acquise susceptible d'expliquer la genèse de cet état mental. Déjà tout jeune encore le déséquilibré n'est pas « comme les autres enfants »; il évite les jeux en commun; il est insupportable, indiscipliné, menteur. Cependant, d'ordinaire, il peut terminer ses études à l'école et parvenir à apprendre un métier ou une profession libérale. C'est souvent plus tard qu'il se produit dans la vie du déséquilibré toutes sortes de difficultés, lorsqu'il s'agit, à force de persévérance et d'initiative personnelle, de se faire une situation. Il arrive aussi que, tout en remplissant complètement les devoirs de sa profession, le malade manifeste des symptômes qui révèlent son déséquilibre psychique : une vanité sans bornes, une inquiétude nullement justifiée, un manque grave de scrupules, de prévoyance, d'exactitude ou de bonne volonté. « Quand, sur un point quelconque des fonctions psychiques, on constate un *moins* ou un *plus* trop accusé, c'est alors qu'on dit que l'homme est un déséquilibré » (Mœbius).

Nous avons déjà abordé la question des *instincts criminels morbides*. Beaucoup de dégénérés ont aussi maille à partir avec la justice, soit à cause de leurs penchants défendus par les lois, soit aussi parce que les lacunes de leur intelligence les laissent tomber dans toute sorte de

situations difficiles et échoir souvent dans un milieu criminel. D'autre part, il est vrai, on voit assez souven des dégénérés dont la conduite est irréprochable.

Les *signes physiques* de la dégénérescence mentale sont d'habitude assez nombreux chez les déséquilibrés. Ce sont surtout des malformations légères qui, en général, ne sont pas considérées comme pathologiques et qui, cependant, révèlent une déviation du type normal : myopie, cheveux clairsemés, développement incomplet de certains attributs du sexe, comme la barbe. Souvent aussi on signale le rachitisme.

[On constate souvent chez les déséquilibrés, outre les malformations physiques dont il a été question plus haut, des *troubles fonctionnels* parmi lesquels il faut citer : marche tardive due très vraisemblablement au développement retardé des faisceaux pyramidaux, le gâtisme prolongé au delà des limites ordinaires, l'apprentissage tardif de la parole, puberté trop précoce ou trop tardive, troubles de la parole comme le zézaiement, le bégaiement, la blésité, les migraines apparaissant pendant l'enfance (Joffroy).]

C'est sur un état mental et physique de ce genre que peuvent, d'après l'enseignement de Magnan, se développer des troubles psychiques secondaires, appelés par lui les *syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale*. Dans beaucoup de cas, ces syndromes épisodiques se présentent longtemps avant l'éclosion d'une affection mentale, comme la folie intermittente, la paranoia, les processus démentiels, les folies d'involution.

Quelquefois ces accidents épisodiques de la dégénérescence mettent en évidence certains troubles mentaux, qui d'ordinaire ne nécessitent pas l'internement, comme les obsessions et les impulsions, la neurasthénie et la dépression constitutionnelles, les anomalies sexuelles, les caractères pathologiques.

D'ailleurs, les divers troubles psychiques des déséquilibrés n'évoluent pas toujours, il s'en faut, sans graves incidents. Très souvent les graves écarts de leur conduite, les oscillations brusques de leur humeur changeante, montrent leur incapacité de se diriger dans la vie sainement.

Dans certains cas, le déséquilibré est, en même temps, un débile intellectuel présentant des lacunes considérables

dans le domaine des sentiments affectifs, par exemple. Des dégénérés de cette sorte rentrent dans le groupe décrit par Koch sous le nom d' « arriérés psychopathiques ».

A côté de la débilité mentale congénitale, il y a encore à considérer, au point de vue du *diagnostic différentiel*, les périodes initiales de la démence précoce, qui cependant d'ordinaire est significative, en révélant de très bonne heure des signes isolés, comme le négativisme, les tics. De plus, des accidents mentaux analogues peuvent survenir spontanément chez les épileptiques; néanmoins, c'est la périodicité de ces accidents, de même que l'obscurcissement de la conscience qui les accompagne souvent, qui permettront de juger l'existence de l'épilepsie.

Le meilleur *traitement* du déséquilibre intellectuel serait une mesure prophylactique empêchant les dégénérés de se propager. [Mais ce n'est là qu'un vœu stérile.] Une éducation très soignée est nécessaire dès les premières années de la vie, comme on l'a démontré au chapitre x. Chez les adultes, le moyen le plus efficace consiste dans un travail régulier exécuté sous une surveillance constante. Ce qui est surtout funeste en pareil cas, c'est une occupation plus ou moins vague et l'oisiveté. Des conseils intelligents sont ici d'un excellent effet pour calmer les mauvaises tendances et pour encourager les bonnes.

Au point de vue *médico-légal*, les déséquilibrés rendent assez souvent difficile la tâche de l'expert, car leur responsabilité pénale ne peut pas être considérée toujours comme entière et absolue.

B. — DÉGÉNÉRÉS AVEC PERVERSIONS SEXUELLES

L'intégrité de l'instinct sexuel fait partie du développement complet, physique et psychique de l'être humain. Cet instinct se développe normalement à l'âge de la puberté, entre quatorze et vingt ans, et dure, chez la femme, jusqu'à la ménopause (entre quarante et quarante-cinq ans) et chez l'homme jusqu'à l'âge de soixante ans environ. Un individu normal parvient facilement à rester continent pendant un certain temps, surtout lorsque cette continence se trouve commandée par les circonstances au milieu desquelles il vit. Au contraire, les sujets plus ou

moins psychopathiques se laissent facilement aller, en pareil cas, à toute sorte d'écarts de conduite et d'anomalies dans le but de se procurer des satisfactions sexuelles. Les *perversions du sens génital* indiquant une dégénérescence mentale sont très nombreuses.

L'*onanisme*, qui est extraordinairement répandu, ne saurait être considéré, d'une façon générale, comme un signe d'une anomalie psychique grave. Toutefois, c'est sur le terrain de la dégénérescence mentale que se développe très souvent l'onanisme grave, celui qui est pratiqué, par exemple, plusieurs fois par jour. D'autre part, cette habitude vicieuse favorise singulièrement l'éclosion des manifestations neurasthéniques, par l'épuisement qu'elle cause à tout l'organisme, la concentration exclusive de la pensée sur les sensations sexuelles, la dépression qu'elle provoque à la suite de la lutte que la volonté engage en pure perte contre ce besoin morbide de la masturbation.

La *déviation dans l'intensité* de l'instinct sexuel n'est pas chose rare. Il n'est pas facile de fixer à cet égard une échelle de gradation, parce que les opinions au sujet des relations sexuelles normales diffèrent extrêmement d'un physiologiste à l'autre. A la vérité, on pourra dire qu'il y a excitation sexuelle quand les idées relatives à ce penchant assiègent l'esprit continuellement, pendant des journées entières. Chez certains aliénés, il n'est pas rare, surtout au début de leur affection, de trouver une augmentation d'excitabilité sexuelle, en particulier dans la manie, la paralysie générale, la démence sénile, la neurasthénie. Chez beaucoup d'hystériques, la plupart de leurs idées se rapportent au domaine génital, sans que pourtant il y ait chez eux un besoin sexuel plus intense qu'à l'état normal. Les sujets atteints de phtisie pulmonaire sont également assez souvent génitalement excitables. D'un autre côté, on observe souvent un affaiblissement de la puissance sexuelle dans les affections fébriles, la néphrite, le diabète, le tabes, l'alcoolisme chronique, le morphinisme, l'intoxication par la nicotine, dans certaines formes de la paralysie générale. D'ailleurs, beaucoup de dégénérés présentent aussi une puissance génitale anormalement affaiblie. Parfois, c'est l'érection qui est trop faible ou trop courte; souvent, c'est l'éjaculation qui se produit trop tôt.

Une autre forme de perversion du sens génital est la

mise à nu, dans un endroit public, des organes sexuels, ou l'*exhibitionisme*. Cette perversion, qui se produit sous l'influence de la surexcitation génitale, par exemple à la vue d'une personne de l'autre sexe, s'observe fréquemment chez les dégénérés ; elle a été signalée aussi chez des épileptiques, des imbéciles, des déments, des paralytiques généraux.

Plus singulière est la perversion se définissant assez clairement par le terme *homosexualité*. Un homme reste complètement insensible aux charmes de la femme, tandis qu'en présence de jeunes gens ou de petits garçons il éprouve des désirs sexuels. Dans les cas très marqués de ce penchant contraire à la nature, le dégénéré se livre sur ces hommes au *coitus per anum*, à la pédérastie. De même, une femme reste froide au contact des hommes et se sent attirée plutôt vers des femmes, sur lesquelles elle se livre à des actes voluptueux rappelant le coït ou en donnant l'illusion (amour lesbien, tribadie).

Il faut cependant reconnaître que tous les cas de ces perversions ne sont pas déterminés par une prédisposition spéciale, morbide, et, au sujet de ces anomalies, l'opinion publique a souvent varié. Dans l'antiquité surtout, pendant la période florissante de la civilisation grecque, la pédérastie était extrêmement fréquente. Elle l'est encore aujourd'hui en Orient, ainsi qu'au sud de l'Europe. Dans les grandes villes, elle est aussi beaucoup plus répandue que dans les campagnes.

La pédérastie s'observe :

1° Par suite de manque d'occasions de coït normal, particulièrement dans les conditions d'existence qui obligent des individus mâles à habiter ensemble ; ainsi, par exemple, elle est pratiquée par certains marins pendant une longue traversée ;

2° Chez des sujets qui ont abusé des rapports sexuels normaux et qui recherchent des excitations nouvelles inédites ; la plupart des pédérastes rentrent dans cette catégorie ;

3° Chez certains aliénés, et particulièrement chez les imbéciles, à titre symptomatique ; la figure 66 en est un exemple ;

4° Enfin, chez les divers représentants de la dégénérescence mentale. Tandis que Krafft-Ebing et Moll considèrent la pédérastie comme une manifestation d'origine

héréditaire, d'autres auteurs, comme Schrenk-Motzing, prétendent que c'est seulement la disposition psychopathique générale qui est congénitale, tandis que le penchant sexuel se trouve dévié, perverti par des causes d'ordre extérieur. Ulrichs prétend que 0,5 p. 100 de tous les hommes sont des homosexuels.

On rencontre de temps à autre des individus mâles ayant un habitus extérieur féminin : figure imberbe, formes ar-



Fig. 66. — Pédéraste passif ; imbécile. Traits féminins ; pas de barbe ; cheveux frisés ; grosses lèvres.

rondies, voix de fausset. Ce sont des *androgynes* (~~Voy. fig. 1~~). D'autre part, on voit quelquefois des femmes ayant un squelette fortement développé comme chez un homme, une grosse voix, une barbe ; il s'agit là de *gynandres*. Parfois, mais pas toujours, on observe chez ces individus la perversion du sens génital sous la forme de l'homosexualité.

Mais souvent l'habitus extérieur des pervertis sexuels ne présente absolument rien de spécial. Quelques-uns d'entre eux cherchent à se donner artificiellement l'apparence d'une personne de l'autre sexe. Les hommes de cette ca-

tégorie se rasent toute la face, s'habillent avec une coquetterie ridicule, portent des bracelets, des corsets, de fausses hanches ; manifestent une prédilection pour des occupations féminines, comme des travaux à l'aiguille, la cuisine ; aiment les friandises. Les femmes du même genre imitent les hommes dans la forme de leurs vêtements, portent les cheveux courts, fument, boivent, jurent, montent à cheval, font de l'escrime, font des farces de jeune homme et prennent de l'intérêt à des occupations masculines.

Souvent les tendances à la perversion sexuelle se manifestent dès la première enfance. On voit alors le petit garçon jouer trop longtemps à la poupée, la petite fille avec des soldats. Presque toujours l'instinct sexuel s'éveille dans ces cas d'une façon prématurée, d'abord avec un caractère hétérosexuel, puis homosexuel. Il arrive aussi parfois que, pendant la puberté, l'instinct génital se manifeste d'abord sur le mode homosexuel et ne devient normal que plus tard. Les pédérastes deviennent des amis inséparables ; ils échangent des baisers et ne se lassent point d'admirer mutuellement leurs vertus et qualités. Il n'est pas rare qu'ils se fassent des scènes de jalousie. Les pédérastes actifs semblent être plus fréquents que les passifs. Les pervertis homosexuels pratiquent plutôt l'onanisme mutuel, s'embrassent et simulent le coït anal bien plus qu'ils ne le réalisent. Dans toutes les grandes villes existe une véritable prostitution masculine : des hommes se donnent des rendez-vous et organisent même des bals pour leur débauche homosexuelle. Quelques pédérastes se sont mariés et ont même eu des enfants. Or, pendant le coït avec leur femme, et pour jouir de cet acte, ils étaient obligés de s'imaginer qu'ils étaient dans les bras de leur ami en pédérastie. Les pédérastes sont particulièrement nombreux parmi les coiffeurs pour dames, les garçons d'hôtels, les artistes dramatiques, en particulier ceux qui jouent des rôles de femmes.

L'homosexualité féminine conduit également à des amitiés suspectes, ainsi qu'à des actes analogues au coït, qui est pratiqué parfois à l'aide d'un pénis artificiel.

On observe assez souvent l'*hermaphrodisme psychique*, qui consiste en ce fait qu'une personne entretient des relations génitales avec les deux sexes. Ce sont, avant tout, des individus débauchés qui recherchent dans la

pédérastie une excitation leur permettant de coïter ensuite avec une femme. Sont dans le même cas certaines filles publiques, qui souvent se livrent aux hommes pour leur gagne-pain, mais qui, pour leur plaisir personnel, recherchent de préférence des femmes.

Le penchant sexuel des hommes pour des jeunes garçons, qui sévissait, entre autres temps, pendant la période des empereurs romains, résulte surtout fréquemment du besoin de surexciter l'instinct génital; il vient aussi de cette circonstance qu'un individu, généralement un vieillard, à tendances homosexuelles, ne trouve pas d'adulte complaisant et s'adresse, par suite, aux enfants sans défense.

La jouissance génitale accompagnée d'actes de cruauté constitue une perversion appelée *algolagnie*. Elle se compose de deux variétés : le *masochisme* (nom donné d'après le romancier Sacher-Masoch), dans lequel l'excitation sexuelle ne se réalise que lorsque le sujet a enduré quelques coups plus ou moins cruels, et le *sadisme* (en souvenir du marquis de Sade), dans lequel la jouissance n'est possible que lorsque le sujet administre des coups à son partenaire.

La première de ces variétés est extrêmement répandue, au point que beaucoup de filles publiques tiennent en provision des verges et des cordes pour frapper ou ligoter, à volonté, leurs clients atteints de *masochisme*. Il y a ce qu'on appelle les « amoureux d'épingles », qui se font enfoncer par une femme des aiguilles dans les fesses ou dans le scrotum. Dans les grandes villes, certaines prostituées s'en font une spécialité. Là où la perversion se manifeste avec le plus d'excès, c'est dans la *coprolagnie*, qui consiste à trouver plaisir aux actes les plus repoussants de la part de la femme, comme de recevoir l'urine de celle-ci dans la bouche, lécher ses pieds, goûter à ses excréments. Il n'est pas rare aussi d'observer le masochisme féminin, où la femme prend plaisir à se faire l'esclave de son amant.

Dans le *sadisme*, le perverti trouve une excitation génitale en frappant la femme, en la foulant aux pieds, en la mordant, en la blessant; l'individu sadique aime aussi à voir abattre des animaux. Les sadiques à un degré extrême sont souvent des *assassins par plaisir* et des tueurs de filles. Les femmes sadiques sont tout aussi fréquentes. Parfois, le sadisme se combine chez elles avec l'homo-

sexualité : une femme s'excite et jouit en voyant une autre femme tuer un animal.

Chez certains dégénérés, l'excitation voluptueuse s'est spécialisée, non pas sur une personne, mais seulement sur certaines parties de cette personne ou sur des objets quelconques qui lui appartiennent et qui sont dès lors vénérés comme un fétiche. Krafft-Ebing distingue trois variétés de cette perversion dite *fétichisme* : 1° l'excitation génitale s'éveille en regardant ou en touchant une partie du corps féminin, ses yeux, ses oreilles, ses mains, ses pieds, ses cheveux ; la *manie des coupeurs de nattes* est fondée sur la jouissance que procure la vue ou le contact des cheveux féminins ; 2° l'excitation sexuelle par un objet de vêtement, un mouchoir, un jupon, une chemise, les bottines. Les fétichistes qui jouissent par ce dernier objet se rapprochent des masochistes, en ce sens que beaucoup d'entre eux adorent, par exemple, à se faire marcher sur le pied par des femmes élégamment chaussées ; 3° l'excitation voluptueuse par certaines étoffes, particulièrement les fourrures, le velours, la soie, le cuir. Certains fétichistes font des collections entières de boucles de cheveux, de mouchoirs, de bas de femme...



Fig. 67. — Nécrophile atteint d'imbécillité.

Entre autres perversions, citons encore la *bestialité* ou la *sodomie*, qui consiste dans des rapports sexuels avec des animaux. Cette déviation du sens génital s'observe le plus souvent chez des sujets intellectuellement débiles qui vivent avec des animaux, en qualité de pâtres, par exemple. Cependant la sodomie s'observe quelquefois dans le Midi et en Orient, comme moyen d'augmenter l'excitation génitale.

N'oublions pas la *nécrophilie* ou la profanation sexuelle des cadavres, perversion due sans doute toujours à une débilité

mentale héréditaire. ~~La figure 67 montre~~ un nécrophile imbécile, qui, pendant la nuit, s'était introduit dans le cimetière de sa commune, et avait fait sur des cadavres des tentatives de coït. On a observé aussi des sujets qui ont fait des tentatives analogues sur des statues.

Les points essentiels du *diagnostic différentiel* de ces diverses perversions sexuelles ont déjà été mentionnés au commencement de ce chapitre.

Le *traitement* est guidé par le diagnostic et l'étiologie. Chez les pervertis dégénérés, le *pronostic* est peu favorable. Le traitement par la suggestion peut cependant leur rendre quelques services. Dans les premières séances, il y a lieu d'employer la suggestion contre la masturbation et les autres excitations artificielles; plus tard, on suggère l'insensibilité pour toute sorte d'excitations morbides jusqu'alors existantes, l'oubli des images mentales de nature lubrique, et, finalement, le goût normal pour le sexe opposé. Des préparations bromurées peuvent servir à diminuer l'excitation sexuelle, de même que le travail physique et les bains de siège froids. Plus efficace serait évidemment la *prophylaxie*, consistant avant tout dans une surveillance attentive au moment où l'instinct sexuel s'éveille chez les enfants, surtout chez ceux d'entre eux qui vivent dans les pensionnats et les internats.

C. — NEURASTHÉNIE CONSTITUTIONNELLE

Il y a vingt ans, Beard a décrit la neurasthénie et lui a donné comme cause principale la vie déréglée de ses compatriotes américains. L'incapacité pour un travail intellectuel, le manque de persévérance, le besoin d'agitation, l'inquiétude physique, les accès d'angoisse, les états hypocondriaques, les vertiges, les douleurs sourdes de la tête, le trouble du sommeil, les paresthésies, les douleurs dorsales, l'abattement dans les membres, l'excitabilité du cœur, l'irrégularité de la digestion et le trouble des fonctions génitales, tels sont les traits fondamentaux que Beard a rattachés à cette affection. Peu à peu on reconnut que de tels états se produisent en effet souvent chez des sujets surmenés. Mais, d'autre part, des syndromes analogues apparaissent également chez des individus qui ne se sont jamais surmenés sous aucune forme et qui, pendant toute leur existence, n'en ont pris qu'à leur aise. Il est donc utile de

distinguer la *neurasthénie acquise*, déterminée avant tout par l'*épuisement*, de la neurasthénie *constitutionnelle*, héréditaire, congénitale, dans laquelle la *disposition à l'épuisement* est exagérée, morbide.

Tandis que les dégénérés désignés sous le nom de *déséquilibrés* s'écartent dans un sens quelconque du type anthropologique normal et sont moins responsables que des individus sains d'esprit, nous avons affaire ici à des sujets chez lesquels les *facultés intellectuelles*, tout en étant intègres, et quelquefois même très brillantes, sont cependant entravées par un sentiment d'impuissance, d'insuffisance, de fatigue, sentiment qui se manifeste de bonne heure, à l'occasion d'une occupation quelconque. En même temps, ces personnes éprouvent d'ordinaire une sensation physique plus ou moins prononcée de faiblesse générale, de *fatigue*. Parmi les symptômes de dégénérescence, il faut citer encore tout spécialement leur humeur hypocondriaque, leurs tendances mélancoliques, leurs habitudes bizarres, comme l'onychophagie, par exemple; leurs tics et leurs grimaces, qui les rendent souvent si insupportables à leur entourage ; leurs penchants sexuels anormaux ; leurs états d'angoisse qui se manifestent parfois par des battements de cœur, de la pâleur, des sueurs, des tremblements ; enfin, leurs idées obsédantes et leurs impulsions de formes diverses.

A la vérité, certains de ces symptômes se présentent parfois d'une façon tellement prédominante qu'ils semblent constituer à eux seuls toute l'affection. Nous avons déjà parlé des états de dégénérescence dans lesquels prédomine une anomalie sexuelle. Les états obsédants et impulsifs constituent parfois aussi le phénomène essentiel du tableau clinique. Dans d'autres cas, c'est l'humeur mélancolique qui est le symptôme principal. C'est pourquoi nous aurons encore à examiner séparément ces deux dernières variétés.

L'aperception [ou l'attention active] du malade est quelquefois troublée par sa distraction. Les troubles sensoriels sont exceptionnels. La faculté d'association des idées ne s'écarte pas essentiellement de la normale. Seulement, le travail de la pensée se fait péniblement et se trouve interrompu à chaque instant par les oscillations chancelantes de la volonté. D'autre part, l'acte de se souvenir ou d'imaginer, en un mot la reproduction des idées, coûte de

grands efforts. Nous avons déjà mentionné les tendances hypocondriaques, les idées obsédantes, les impulsions.

Les malades s'occupent beaucoup d'eux-mêmes; ils aiment à consulter les médecins de toutes les catégories, les autorités aussi bien que les charlatans; ils sentent le besoin d'épancher leur cœur, parlent fréquemment de leurs souffrances, aiment à être plaints; ils jouent aussi quelquefois avec des idées de suicide, à la manière du Hamlet de Shakspeare. Il est rare qu'ils aient beaucoup de compassion pour leurs semblables; ils sont même souvent mal intentionnés, méchants, et prennent une joie secrète à mettre quelqu'un dans l'embarras, à parler des situations désagréables des autres, à remuer toutes les blessures.

J'ai essayé d'examiner par la méthode psychométrique la capacité au travail intellectuel dans la neurasthénie constitutionnelle. Les malades devaient faire, pendant un temps déterminé, de petites additions continues de nombres d'un seul chiffre en notant chaque intervalle d'une minute. Après cela, on pouvait, en fixant le quantum de travail accompli dans chaque unité de temps, établir ce qu'on appelle une « courbe de travail ». Chez les sujets normaux, la production s'accroît d'ordinaire dans l'espace des deux aux quatre premiers quarts d'heure, par suite de l'augmentation de l'exercice, pour baisser ensuite peu à peu à mesure que la fatigue augmente. Chez les neurasthéniques constitutionnels, j'ai constaté de brusques sauts au cours de la production, qui se modifiait parfois, dans l'intervalle de cinq minutes, de 50 à 100 p. 100. Chez les neurasthéniques par épuisement acquis dont nous avons parlé, la capacité *productive* baissait, au contraire, dès le début de l'expérience; il se produisait ensuite un état de fatigue morbide, qui excluait toute possibilité d'exercice. Ce n'est que pendant la convalescence que les neurasthéniques par épuisement acquis pouvaient fournir une courbe de travail se rapprochant de la production normale pour l'atteindre entièrement après la guérison complète.

Parmi les *symptômes physiques*, on note une céphalalgie sourde avec sensation de compression de la tête; des éblouissements et des vertiges; de la lassitude dans les membres, de la lourdeur dans les jambes. Parfois, on constate aussi de l'inégalité pupillaire, un léger tremblement, une exagération des réflexes, une tachycardie avec

arythmie du cœur, des troubles de la sensibilité, en particulier des fourmillements, des chatouillements, des engourdissements au niveau des extrémités ; fréquemment, de la constipation ; parfois, des érections, des pollutions et des pertes séminales.

Le *diagnostic* doit se faire par exclusion d'autres états morbides, surtout de ceux de nature organique : la tuberculose, la néphrite chronique, l'artériosclérose, l'ulcère de l'estomac, l'entéroptose, les affections des organes génito-urinaires, la goutte, l'anémie ; les intoxications par l'alcool, la nicotine, le plomb ; les formes frustes de la maladie de Basedow.

Dans l'*hystérie*, on trouve, à part les convulsions, des paroxysmes d'étouffement, des anesthésies localisées, des stigmates hystérogènes, un caractère égoïste et capricieux, une suggestibilité extrême. Il est parfois difficile de distinguer la neurasthénie constitutionnelle de l'*imbécillité* à un faible degré, ainsi que de certaines variétés, les plus bénignes, de la *folie intermittente* ; cette dernière difficulté a conduit à créer une variété peu justifiée au point de vue nosologique et dite « neurasthénie périodique ». Dans l'âge moyen de la vie, la neurasthénie constitutionnelle doit faire songer à la *paralysie générale au début* ; il faut alors se rappeler que les maux de tête de la paralysie générale procèdent plutôt par crises aiguës et ne ressemblent pas à la sensation de compression sourde de la tête qu'éprouve le neurasthénique ; de plus, le paralytique général présente, de très bonne heure déjà, quelques lacunes de la mémoire et un changement de caractère. [En pareil cas, la *recherche des éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien* peut considérablement faciliter la tâche du clinicien.]

Au point de vue *thérapeutique*, l'isolement est de toute première nécessité. Lorsque la nutrition générale est défectueuse, une *cure d'engraissement* avec repos complet, dans un établissement ouvert, peut être utile. Dans le régime alimentaire, il faut éviter toutes les substances nuisibles, et en particulier l'alcool. Il faut surveiller la régularité des selles.

L'*électricité* constitue un excellent moyen pour faire de la *suggestion masquée*. Un *massage* général, ainsi que l'*hydrothérapie* modérée, peuvent contribuer à fortifier le malade. Un *changement de climat* ou le séjour au bord de

la mer ou dans les montagnes d'altitude moyenne sont souvent efficaces. Le traitement *médicamenteux* doit être relégué à l'arrière-plan. Contre l'anémie, le fer et les préparations arsenicales, joints à un repos correspondant, se trouvent certainement indiqués; mais, pour tout le reste, il faut bien se dire que les médicaments nervins, et en particulier les préparations bromurées, ne jouent qu'un rôle absolument secondaire dans cette cure, qui est avant tout diététique. Il faut se méfier énormément de l'emploi des soporifiques. Les *bains de siège* et les bains de pieds chauds avant de se coucher sont parfois très utiles.

Le traitement *psychique* peut avoir dans ce cas un effet très bienfaisant. Il est d'abord facilité par la confiance du malade, que l'on gagne souvent par un examen consciencieux. Il faut laisser le patient exposer tranquillement la longue kyrielle de ses plaintes. Après examen très attentif, on lui donne des conseils empressés, on le tranquillise, on le met en garde contre une inquiétude exagérée, tout en lui montrant qu'on ne considère pas ses souffrances comme de peu d'importance ou comme imaginaires; à la fin, on lui remet un plan détaillé de toute la cure. La suggestion et l'hypnose sont quelquefois employées avec succès chez des neurasthéniques excités, angoissés, obsédés.

Chez les malades qui sont quelque peu capables de se livrer à un travail manuel, le traitement indiqué plus haut, joint à une occupation régulière, est particulièrement salutaire.

D. — OBSESSIONS ET IMPULSIONS

Chez la plupart des neurasthéniques, il arrive assez souvent qu'une idée quelconque s'établit impérieusement d'une façon extraordinairement gênante, et que les malades eux-mêmes reconnaissent comme maladive. Il s'agit ici de véritables *phobies*, *manies* et *impulsions*. Chez bien des dégénérés, certaines de ces manifestations sont tellement prononcées et si rebelles que tous les autres symptômes s'effacent devant eux et que l'état d'obsession se met au premier plan du tableau clinique.

Peurs obsédantes ou phobies. — Un sentiment de vive angoisse, et cela à propos de n'importe quoi ou même sans raison, vient souvent s'introduire de force dans la cons-

cience du malade, d'ailleurs normal au point de vue de son intelligence, de ses connaissances et de sa mémoire. Le malade sait généralement très bien qu'il n'existe aucun motif suffisant pour justifier cette angoisse, et cependant il prend de grandes précautions pour éviter toutes les occasions qui provoquent chez lui ces états d'inquiétude insurmontable.

Une forme très répandue de ces peurs pathologiques est l'*agoraphobie* ou la peur des places publiques, comme aussi la *dinophobie* ou la crainte de vertiges. Le malade ne peut traverser une place libre sans avoir, à la seule vue de cet espace, une impression de vertige. Il fait souvent de grands détours dans ses courses, pour éviter des places de ce genre. Dans certains cas, il se fait accompagner ou conduire par le bras pour traverser la place redoutée : on a vu un malade donner régulièrement une pièce d'argent au premier gamin venu, pour traverser la place en sa compagnie. Dans des cas graves, le malade s'oppose violemment contre toute tentative ayant pour but de lui faire traverser la rue et, lorsqu'on veut l'y obliger, il est pris d'une surexcitation qui ressemble à une véritable crise : il se débat vivement, pâlit, éprouve des battements au cœur, des nausées, entre en sueur, tremble, vacille, sent ses jambes faiblir. Les malades dont les phobies se produisent dans d'autres occasions se comportent d'une façon tout à fait analogue. On connaît, par exemple, le *vertige des hauteurs*, qui, il est vrai, est souvent augmenté par l'association bien justifiée du danger objectif, comme lorsqu'on se trouve sur la crête d'une haute montagne. Les sujets neurasthéniques éprouvent déjà le vertige rien qu'en regardant par une fenêtre du premier étage, ou même en apercevant dans le lointain, par le gros bout d'une lorgnette de théâtre, les objets qui les entourent. Une jeune fille neurasthénique disait : « Je ne voudrais pas être grande; sans quoi j'aurais le vertige rien qu'en regardant mes pieds ».

Les occasions à propos desquelles se produisent les diverses phobies sont extrêmement variables. La prétention de vouloir désigner chaque phobie par un nom spécial est absolument oisive. Jolly les réunit toutes sous le titre collectif de *caïrophobie* ou d' « état d'angoisse ». Citons cependant les termes employés le plus couramment. La *nyctophobie* est la peur maladive de l'obscurité, très fré-

quente chez les enfants; l'*androphobie* est la peur morbide des hommes, comme la *gynécophobie* est la peur pathologique des femmes; la *claustrophobie* est la crainte d'un séjour dans des espaces fermés : c'est en quelque sorte le contraire de l'agoraphobie; la *sidérodromophobie* est la peur des chemins de fer. On observe fréquemment aussi la *mysophobie* ou la peur de se salir, ainsi que la peur du contact; les mysophobes hésitent à saisir des loquets de portes; ils ont du dégoût à toucher des pièces de monnaie; ils ne veulent tendre la main à personne; ils évitent avec un soin méticuleux l'air expiré par une autre personne et cherchent, par de fréquents lavages, à éloigner les germes d'une maladie et toutes les saletés qu'ils supposent pouvoir leur être transmis. [Chez nous, cet état est connu sous le nom de *délire du toucher.*] La crainte des maladies, la *nosophobie*, n'est pas rare non plus; on l'observe surtout chez de jeunes médecins qui passent tout leur temps à examiner leur propre corps, qui font des analyses quotidiennes de leur urine, qui percutent à chaque instant leur tendon patellaire, qui se procurent un phonendoscope pour pouvoir ausculter leur cœur. Chez les nosophobes, on observe assez souvent la *syphilophobie*. L'*érythrophobie* est la crainte de rougir qui se manifeste chez certains sujets, quand ils se trouvent dans une situation imprévue. Cet état a quelque chose de commun avec l'attitude embarrassée, gauche et timide que certaines personnes ont en société, et principalement en présence de leurs supérieurs hiérarchiques. Le « trac » de l'orateur et la « frousse de l'examen » sont des faits un peu analogues. Les neurasthéniques qui ont souffert de ces divers états sont parfois pris d'une crainte de s'intimider, de perdre leur sang-froid et de ressentir les troubles dont nous venons de parler dans les occasions importantes; ils éprouvent, en un mot, une véritable *phobophobie*, ou la *peur d'avoir peur*. [On observe encore fréquemment les « peurs » suivantes : la *pyrophobie* (peur du feu), l'*hématophobie* (peur du sang), l'*anthropophobie* (peur des foules), la *zoophobie* (peur des animaux), la *rabiophobie* (peur de la rage), la *phtisiophobie* (peur de la tuberculose pulmonaire), la *thanatophobie* (peur de la mort) qui peut justement pousser l'obsédé au suicide, la *nécrophobie* (peur des cadavres). Toutes ces phobies présentent deux caractères importants : l'impossibilité pour l'obsédé de vaincre

le sentiment de peur qu'il éprouve en présence d'un phénomène, d'un objet ou d'une substance, et l'état de conscience complète qui accompagne ce sentiment (Magnan).]

Obsessions. — Chez bien des malades, au lieu de peurs, ce sont d'autres idées qui s'introduisent avec violence dans le champ de la conscience. Il est vrai qu'ici encore, aux idées morbides se joint souvent un sentiment de dépression, un malaise, une inquiétude plus ou moins considérable. Déjà l'homme normal peut observer, dans les états de grande fatigue, qu'un nom quelconque, une mélodie, un visage se représentent continuellement à sa conscience. Chez des sujets à fond dégénératif, sous l'influence d'un épuisement nerveux même léger, se produit fréquemment un état mental appelé la *manie du doute* [et que Falret a décrit le premier sous le nom de *folie du doute*]. Les malades atteints de ce trouble se demandent à chaque instant s'ils ne se sont pas rendus coupables d'une négligence quelconque; ils se posent des questions à propos de tout et doutent de tout. Le sujet a toujours le sentiment d'avoir oublié ou manqué quelque chose. Avant de sortir de chez lui, il va voir plusieurs fois si la lumière est bien éteinte, si la caisse est fermée; il presse plusieurs fois sur le loquet de la porte pour s'assurer si vraiment personne ne peut s'introduire dans son appartement; il rouvre des lettres qu'il vient de fermer, dans le doute où il est d'y avoir oublié d'écrire un détail; il porte constamment la main à sa cravate, pour voir si elle tient bien. Parfois, se présentent d'autres idées obsédantes : l'image de quelqu'un complètement nu; le besoin d'inscrire les noms de toutes les personnes ou de demander leurs noms à toutes les personnes qu'on rencontre dans la rue (*onomatomanie*), ou de noter ou d'additionner tous les nombres (*arithmomanie*), ou encore de compter tous les numéros des maisons.

La manie de voler est une des formes les plus fréquentes de ces idées obsédantes. De même, on observe le besoin irrésistible de poser toutes sortes de questions. [Ainsi, d'après Ball, les « réalistes » demandent des niaiseries sur les objets qui les entourent, comme celle-ci, par exemple : « Pourquoi la chaise a-t-elle quatre pieds ? » Les « métaphysiciens » posent des questions insolubles sur les derniers événements ou soulèvent les « problèmes de la création » : « Pourquoi sommes-nous au monde ? Quel est le but de

l'humanité? Pourquoi est-ce l'été ou l'hiver? »] Grashey a fait remarquer que de semblables questions rappellent l'état mental de l'enfant qui est au premier degré de son développement intellectuel et indiquent un besoin d'exercer ou d'étendre sa pensée. Ce qui fait surtout souffrir l'obsédé, ce sont les idées qui le poussent à mettre le trouble quelque part et aussi les idées de contraste. Par exemple, dans une cérémonie où il n'a que faire, il est obsédé par le désir de prendre la parole; à un enterrement, une idée comique hante son esprit et le pousse à rire...

Assez souvent l'obsession s'étend jusque sur le domaine psychomoteur, et devient alors une *impulsion*. Il est sans doute déjà arrivé à plus d'un homme normal de se demander, au cours d'une promenade au bord d'un précipice, ce qui arriverait s'il poussait tout à coup son compagnon pour le précipiter en bas. Chez les dégénérés, l'obsession peut, en pareil cas, devenir si forte que le malade croit qu'il ne pourra plus y résister et qu'il se met anxieusement à fuir l'occasion d'y succomber. Ainsi, par exemple, il se sent poussé à mettre le feu ou à tuer quelqu'un, ou à embrasser tout à coup une jolie femme, tout cela d'une façon morbide, en se faisant violence pour résister; mais l'obsession est, en pareil cas, presque toujours irrésistible. Il faut encore citer ici : l'obsession impulsive de dérober quelque chose à la devanture d'une boutique (*kleptomanie*); de donner un soufflet à un passant; de monter, étant au théâtre, sur la scène; de prononcer des paroles inconvenantes (*coprolalie*). Le malade ne parvient nullement à maîtriser ces impulsions. Certains reculent devant l'occasion imminente; beaucoup tombent dans l'angoisse et le désespoir et supplient qu'on veuille bien les garantir contre leurs impulsions, les guérir ou les enfermer. Ces impulsions aboutissent de temps à autre à des actes réels; c'est ce qu'on observe surtout dans les premières années de leur existence. Après avoir accompli l'acte impulsif, les malades se sentent comme délivrés et soulagés. Kraepelin donne à cette forme d'obsession suivie d'actes le nom de *folie impulsive*.

La folie obsédante et impulsive doit être distinguée, au point de vue du *diagnostic différentiel*, de diverses autres affections dans lesquelles on peut observer des obsessions et des impulsions à titre de phénomènes sympto-

matiques. Ainsi, un *paralytique général* comptait pendant des semaines, à la façon d'un obsédé, les bouches de chaleur qui se trouvaient en face de son lit. Chez des *paranoïques simples* ou *déments*, ces idées obsédantes peuvent s'observer également, comme pendant la phase dépressive de la *folie circulaire*. Pourtant, jusqu'à présent, on n'a pas établi une transition entre la folie obsédante et la paranoïa (Hoche). Dans les cas d'actes impulsifs, il faut songer avant tout à éliminer l'*épilepsie*, ou même l'*hystérie*.

Le *traitement* doit avoir pour but de procurer au malade un soulagement par des entretiens apaisants sur ses souffrances morales. On doit l'éloigner de tout ce qui peut l'affecter et lui conseiller de vivre dans un nouveau milieu. Dans les cas bénins, on peut assez souvent obtenir des résultats satisfaisants par la suggestion simple ou hypnotique. Dans les cas graves, l'internement peut devenir nécessaire. Dans ce cas, une maison ouverte offrant au malade la possibilité de s'occuper utilement est souvent préférable à l'asile d'aliénés, dont les pensionnaires exercent sur le malade une impression pénible. Des interrogatoires trop fréquents énervent souvent l'obsédé. Parfois, il faut se tenir en garde contre la possibilité d'un suicide.

E. — MÉLANCOLIE CONSTITUTIONNELLE

Sur le terrain de la neurasthénie héréditaire, il n'est pas rare d'observer les troubles psychiques légers, d'ordre obsédant ou impulsif, ainsi qu'un état cœnesthétique particulièrement triste, sombre. Mais si, dans certaines formes de neurasthénie, ce sont les obsessions et les impulsions qui dominent, on trouve, dans d'autres variétés, une prédominance d'idées accompagnées d'une *souffrance morale*. Les malades perçoivent bien, associent correctement les idées, ont une faculté normale d'attention et de reproduction, mais tout ce qu'ils pensent, tout ce qu'ils font est accompagné d'un sentiment dépressif. Les sentiments d'anxiété et d'inquiétude sont plus rares. Les tentatives d'interprétation présentent bien quelquefois une nuance morbide, mais elles sont passagères, de très courte durée et ne résistent pas aux objections qu'on leur oppose. Souvent, la manière d'être du malade porte l'empreinte de

cette disposition triste de l'humeur; il est irrésolu, tatillon, capricieux, trop méticuleux. Il se croit responsable de tout ce qui arrive, se dit las de vivre et commet quelquefois des tentatives de suicide, comme c'est le cas de la malade représentée par la figure 68. Dans d'autres cas, l'état cœnes-



Fig. 68. — Mélancolie constitutionnelle.

thétique est parfois surexcité. Le sommeil laisse souvent à désirer; le malade est constipé; il souffre de céphalalgie avec sensation du casque sur la tête; il a des palpitations, un sentiment de vide et des souffles dans la tête; souvent se manifestent en même temps des spasmes de certains muscles qui se transforment bientôt en grimaces et en tics.

Dans la grande majorité des cas, la *mélancolie constitutionnelle* apparaît au cours des années qui suivent de près l'âge de la puberté, très souvent à la suite d'un grand chagrin, d'un traumatisme psychique. Cependant, il faut

se souvenir que la prédisposition joue là un rôle prépondérant ; ce qui l'indique souvent, entre autres détails, c'est l'intolérance du sujet pour l'alcool que l'on constate presque toujours dans l'histoire de ses antécédents.

Le *diagnostic différentiel* doit éliminer d'abord les phases dépressives de la *folie intermittente*, dont les caractères essentiels sont : la périodicité des crises ; l'apparition, entre les phases de dépression, d'intervalles lucides et des accès d'excitation maniaque ; enfin, l'arrêt complet des fonctions psychomotrices et du travail d'association. Il faut éliminer aussi la *mélancolie d'involution*, qui est l'affection de l'âge climactérique et se distingue par l'intensité plus grande de la douleur morale, par les crises d'angoisse, quelquefois aussi par des troubles sensoriels de nature dépressive.

Dans le *traitement* de la mélancolie constitutionnelle, il faut user de la suggestion sous forme d'exhortations bienveillantes et consolantes ; ce moyen calme le malade pour un peu de temps, alors que l'hypnotisme proprement dit ne donne généralement, en pareil cas, aucun résultat. Le mieux encore, c'est d'arriver à occuper le malade dans un milieu paisible où il sera suivi avec attention et surveillé au point de vue de ses idées et tentatives de suicide.

F. — CARACTÈRES PATHOLOGIQUES

Par « caractère psychologique » d'un homme, nous comprenons l'ensemble des qualités psychiques complexes grâce auxquelles l'individu voit la vie à sa manière et règle sa conduite d'une façon déterminée. Plus l'empreinte de ces qualités est originale et forte, plus nous attribuons à l'individu qui les possède tel ou tel caractère. Nous avons déjà vu que, chez le déséquilibré, quelques traits isolés s'écartent de l'état normal. Dans les cas dont nous avons à parler maintenant, il s'agit moins d'une disproportion des qualités entre elles que d'une véritable malformation psychologique. En effet, la direction tout entière de la pensée et de l'activité du sujet est tellement déviée d'un seul côté que sa personnalité psychique s'éloigne complètement du type physiologique moyen. Cette déviation anormale a pour résultat fréquent des conflits de toute sorte avec l'entourage. Chez le déséquilibré, il s'agissait de tels ou tels défauts partiels ; ici, c'est la manière d'être de l'individu dans son ensemble qui diffère entièrement de la

normale. Il est probable que, parallèlement à ce développement psychique particulier, correspond aussi un processus pathologique spécial dans l'écorce cérébrale ; c'est une hypothèse que nous devons admettre *a priori*, bien qu'il nous soit encore, jusqu'à présent, impossible de connaître d'une façon plus précise les rapports entre le caractère et l'écorce cérébrale. Ce terme de *caractères pathologiques* ne doit nullement être pris dans le sens éthique, d'autant plus qu'il existe précisément toute une série de grands faits historiques relatifs à la civilisation et à la vie sociale, qui ont été accomplis par des hommes hors ligne dont la constitution psychique différait d'une manière tranchée de celle de la grande masse humaine, et qui, néanmoins, présentaient certains signes psychopathiques en nombre souvent considérable.

Nous ne pouvons ici entrer dans plus de détails pour expliquer les traits psychopathiques des *talents* ou des *génies* particuliers. Quant aux *caractères criminels*, nous renvoyons au chapitre XII. Les chapitres XIV et XV traitent du *caractère hystérique* et du *caractère épileptique*.

Citons seulement en passant quelques types de *caractères pathologiques* qui nous paraissent particulièrement caractéristiques. Un des plus fréquents est le *caractère fanatique*. En vertu d'un amour-propre exagéré, le sujet doué d'un pareil caractère s'accroche à une idée et cherche à la réaliser avec une suite inlassable, une énergie de fer, sans égard pour lui-même ni pour les autres. Ce qui distingue les sujets fanatiques des paranoïques, c'est moins cette circonstance que leurs idées sont souvent plausibles, d'une exécution possible et même désirable ; mais c'est surtout la manière dont ils se comportent, eu égard à leur but. Ils ne vont pas jusqu'à présenter des idées délirantes. Ils ne sont pas complètement inaccessibles aux objections et savent généralement peser le pour et le contre. Ils en arrivent souvent au point de concéder que leur projet n'est qu'un idéal, et finissent même quelquefois par se laisser convaincre, après bien des efforts inutiles, de l'impossibilité de le réaliser. D'ordinaire, ces individus ne se concentrent pas sur un but unique, mais, placés dans d'autres situations, ils développent toutes sortes de plans nouveaux, quels qu'ils soient. A ce type se rattachent beaucoup d'*inventeurs*, de *réformateurs*, et sans doute aussi un grand nombre de *politiciens*, d'*agitateurs*, d'*innovateurs*

en religion, de *sectaires*, des sujets qui *refusent de prêter serment*, des *antivaccinateurs*, des *antivivisectionnistes*.

Une variété particulière de ce type est représentée par les *fanatiques du droit*, les *chicaniers*, désignés aussi sous le nom de *pseudo-processifs*. En toute occasion, ils sont à cheval sur leurs droits ; dans toutes les discussions, ils veulent avoir le dernier mot ; à propos de bagatelles, ils entreprennent de longs procès ; ils ne voient autour d'eux que des dénis de justice et des offenses ; ils en appellent d'instance en instance, accumulent procès sur procès, et font penser aux aliénés atteints de la *folie processive*. Pourtant, on ne trouve pas chez eux de système délirant bien développé, systématisé, qui les absorbe d'une manière continue ; ils finissent plutôt par s'apaiser, par cesser les disputes et par regarder leurs griefs comme aplanis, quitte à aborder, il est vrai, d'autres sujets de conflits. Dans les circonstances ordinaires de la vie, ces sujets se rendent, d'ailleurs, insupportables à leurs parents, à leurs amis, tandis que les processifs, en dehors de leur système délirant, peuvent être des individus sociables et des compagnons très agréables.

Michel Kohlhaas représente, jusqu'à un certain point, le type de ces pseudo-processifs.

[Weygandt se contente ici de faire allusion au personnage historique Michael Kohlhaas, qu'il regarde comme le type d'un pseudo-processif. Il suppose, avec raison, que l'histoire de Kohlhaas est suffisamment connue des lecteurs allemands, grâce à la célèbre nouvelle historique de Kleist sur Kohlhaas, dont Mlle Becker a publié une traduction très intéressante (1). Il n'est peut-être pas inutile de résumer ici en quelques mots le « cas » de Michel Kohlhaas. C'était un honnête maquignon de la Marche de Brandebourg au XVIe siècle, qui, exaspéré par un abus de pouvoir dont il a été victime de la part d'un seigneur, et ne parvenant pas à se faire rendre justice, entre en révolte contre la société. Il se fait chef de brigands, et, à la tête d'une troupe de paysans et de vagabonds, il commet les plus grands ravages, tient tête aux forces armées envoyées contre lui, jusqu'à ce qu'enfin il obtienne la satisfaction matérielle qu'il avait réclamée. Mais il l'obtient au prix de

(1) Kleist, *Michel Kohlhaas*. Traduction française par Mlle Ida Becker. Paris, 1888 (Hachette).

sa vie et périt sur l'échafaud. — Ce qui n'est peut-être pas moins intéressant, c'est que l'auteur de la vie de Michel Kohlhaas, Kleist, était lui-même un déséquilibré d'une haute intelligence, qui a péri par le suicide.]

On pourrait encore mentionner ici ces hommes qui sont toujours de l'opposition, les éternels *contradicteurs* de toutes sortes qui éprouvent le besoin de faire des objections à tous les raisonnements les plus plausibles, les *esprits paradoxaux* qui, en toute chose, prennent, de parti pris, le contre-pied en voulant toujours avoir raison, sans se rendre compte du ridicule dont ils se couvrent aux yeux de tout le monde.

Parmi les caractères pathologiques, on peut aussi ranger certains *collectionneurs* qui passent leur temps et sacrifient leur argent à rassembler une quantité d'objets, souvent sans valeur, à les classer et à s'en occuper avec un soin exagéré. Cette passion, presque irrésistible, n'est pas sans provoquer quelquefois des conflits avec la justice, quand elle pousse les individus à se procurer par tous les moyens les objets de leurs désirs. A ce groupe se rattache le type de l'*avare* qui consacre sa vie, au prix de toutes les privations, à amasser des richesses que l'on trouve après sa mort. A citer encore le caractère de certains *dévots*, dont la passion peut se développer au point qu'ils négligent tous leurs intérêts et vont jusqu'à commettre des délits.

Enfin, un groupe important de caractères pathologiques est formé par les *vantards*, les *hâbleurs*, les individus qui « jettent de la poudre aux yeux », les amateurs de la réclame malsaine, dont fourmillent toutes les classes de notre société. Les sujets de cette catégorie sont incapables de mener une vie régulière, malgré une intelligence généralement suffisante ; ils cherchent partout et toujours l'occasion de satisfaire leur vanité, de se procurer une existence confortable sans travail sérieux, et avant tout de se faire passer pour des gens hors ligne, extraordinairement intelligents. Même dans les établissements pénitentiaires et dans les maisons de santé, où l'on a souvent l'occasion de les observer, ces individus continuent leurs vantardises et leurs mensonges, malgré l'impossibilité où ils sont d'en tirer le moindre avantage. Leur aperception et leur faculté d'association sont ordinairement suffisamment développées; la mémoire est même souvent remarquable. Un

malade de Kraepelin savait parler douze langues : l'allemand, le français, l'anglais, le russe, le polonais, le roumain, le hongrois, l'italien, le suédois, le latin, le grec et l'hébreu. Malheureusement, leur volonté est désordonnée ; une activité régulière leur est impossible, car, plus leur vie est variée et accidentée, plus ils se sentent heureux. Le vantard polyglotte dont nous venons de parler avait été successivement, et à de courts intervalles, comédien, cocher, garçon de café, mineur, balayeur de rues, interprète et portefaix.



Fig. 69. — Caractère pathologique ; tendance au mensonge; la malade veut convaincre l'entourage qu'elle est aveugle et sourde.

Chez quelques-uns, comme chez la femme représentée par la figure 69, le trait particulier de leur caractère consiste dans le *mensonge*, le *mensonge pathologique*, la *pseudologia phantastica*, comme l'appelle Delbrück. Presque toujours le sujet joint aux mensonges des actes plus ou moins abracadabrants. Ainsi, l'un d'eux avait établi un bureau de sténographie et de dactylographie, où toute la journée il dictait des lettres, des offres de services, des commandes à des maisons de commerce imaginaires, sans jamais en expédier aucune; il se référait à des réponses qui ne lui étaient jamais parvenues; il se vantait en société ou auprès de ses parents de ses relations commerciales extraordinaires, jusqu'à ce qu'enfin on découvrît toute son existence chimérique, qui, d'ailleurs, on le conçoit facilement, ne lui avait jamais rien rapporté. On a voulu ranger ces cas sous la rubrique de l'hystérie; mais Henneberg

remarque avec raison qu'ils appartiennent plutôt au domaine de la dégénérescence mentale, quoiqu'on constate ici certains phénomènes hystériques, comme les attaques, les paralysies. [Il s'agit, en pareil cas, de la dégénérescence mentale compliquée d'hystérie.]

Le *traitement* des sujets à caractères pathologiques varie évidemment selon les cas. En général, il doit être surtout psychique. Il ne faut prêter aucune attention aux mensonges; il faut obliger ces malades au travail, et, au besoin, les interner.

Au point de vue *médico-légal*, on ne peut tout au plus que leur accorder des circonstances atténuantes.

XIV. — HYSTÉRIE

[Depuis 1888, plusieurs travaux français publiés sous l'impulsion de l'École de la Salpêtrière, ceux notamment de Gilbert Ballet, Marquezy, Henri Colin, Roubinovitch, ont démontré surabondamment la coïncidence fréquente en clinique de l'hystérie avec les stigmates psychiques et physiques de la dégénérescence. Personnellement, nous avons publié, en 1890, les résultats, très probants à cet égard, des recherches portant sur des malades entrés, de 1875 à 1890, à Sainte-Anne, dans le service de l'admission.

Dans ces recherches, faites sans aucun parti pris, où l'on avait simplement soin d'enregistrer les particularités saillantes de l'histoire de chaque sujet, on trouve une démonstration manifeste de l'association des signes de l'hystérie avec les stigmates de dégénérescence.

En étudiant ces nombreuses observations cliniques, on constate que, jusqu'à un certain âge, l'histoire pathologique de ces « hystéro-dégénérés » est dégagée de toute manifestation anormale grave; ils sont simplement bizarres, originaux, débiles; ils ont des aptitudes restreintes et, quoique leur déchéance morale ou intellectuelle soit évidente, ils ne paraissent pas encore sérieusement atteints aux yeux de leur entourage. Mais bientôt, sous l'influence d'un traumatisme, d'une émotion, d'excès alcooliques ou autres, d'une maladie infectieuse, l'individu commence à présenter des obsessions, des impulsions, et, simultanément, des accidents hystériques. Ce fait est conforme à l'histoire

des dégénérés. Il faut bien admettre que la plupart des individus qui portent en eux les éléments de la constitution pathologique peuvent vivre et mourir sans avoir jamais présenté des accidents nerveux ou psychiques graves; ils conservent cette prédisposition héréditaire à l'état latent, et cela grâce à des conditions favorables d'éducation ou de traitement. Mais les autres héréditaires dégénérés, la minorité, ceux qui ont subi d'une façon intense l'influence de leurs ascendants malades, ceux chez qui, dès leur enfance, l'équilibre des fonctions nerveuses et psychiques se trouve complètement rompu, ceux-là se comportent autrement. Leur constitution neuro- et psychopathique est incapable de lutter contre les moindres exigences de la vie courante; ce sont des vaincus avant la lutte, et les chocs des agents nuisibles du monde extérieur provoquent chez eux, avec une grande facilité, les troubles plus ou moins graves sous forme de syndromes psychiques et d'affections nerveuses.

Ainsi, dans les nombreuses observations recueillies à Sainte-Anne, nous avons eu justement à nous occuper des représentants de cette minorité. En examinant l'évolution pathologique de ces derniers, on constate que l'individu chez lequel les tendances émotives dominent le tableau clinique devient plus tard un agoraphobe, un claustrophobe ou autre phobe quelconque; quand ce sont les troubles intellectuels qui occupent la première place dans l'histoire de l'enfant, nous voyons l'adulte devenir un obsédé, un onomatomane, par exemple; quand c'est la sensibilité générale qui se fait remarquer dès le début par un fonctionnement irrégulier, on voit plus tard l'individu devenir un hypocondriaque; enfin, si les troubles moteurs réflexes occupent le devant de la scène, on se trouve plus tard en présence de l'épilepsie, de l'hystérie ou de la chorée (Joffroy). Or, tous ces troubles divers peuvent exister associés chez le même enfant, et les différents syndromes psychiques ou nerveux qui en résultent pourront plus tard se trouver également associés chez l'adulte. On trouvera alors chez le même individu de l'hémianesthésie, du rétrécissement du champ visuel, des crises convulsives, en un mot, de l'hystérie, associée à la folie du doute, au délire du toucher, à l'onomatomanie, aux impulsions suicides ou homicides, à l'absence ou à l'aberration du sens génésique, à toutes les perversions d'ordre moral ou organique et à toutes les malformations d'ordre phy-

sique. On peut donc dire que la dégénérescence et l'hystérie paraissent avoir une affinité mutuelle qui se manifeste sous l'influence d'un agent provocateur quelconque : alcoolisme, maladies infectieuses, traumatismes, perturbations morales.

Cependant, les troubles psychiques liés directement aux attaques d'hystérie, comme les périodes hallucinatoires, par exemple, ne doivent pas être confondus avec ceux qui résultent de la dégénérescence mentale de l'individu, comme les obsessions et les impulsions, par exemple. En un mot, il y a pour la dégénérescence et l'hystérie une *affinité d'origine*, mais non une *identité de nature.*]

Sous le nom d'*hystérie*, nous comprenons un état psychique anormal dans lequel les idées qui se présentent dans la conscience d'une façon prédominante sont celles qui émanent des sensations d'ordre somatique ou moral appartenant exclusivement en propre à la personnalité du sujet.

En outre, toutes ces idées concernant le *moi* sont accompagnées dans l'hystérie d'un sentiment cœnesthétique plus vif qu'à l'état normal. Enfin, ces idées qui dominent la conscience du sujet exercent sur son système nerveux tout entier, et plus particulièrement sur sa motilité, ainsi que sur sa sensibilité, une influence considérable soit dans le sens de l'excitation, soit dans celui de l'inhibition. Autrefois, on pensait que c'était l'utérus (ὑστέρα) qui produisait tous ces phénomènes morbides, par ses divers déplacements dans l'intérieur du corps. Cette opinion repose sur une parcelle de vérité. C'est, en effet, du système génital, chez la femme, que partent le plus souvent les fortes excitations qui provoquent chez elle des sensations qui fixent son attention sur son propre corps. Chez l'homme sain, au contraire, l'attention est le plus souvent attirée par des excitations extérieures à son corps. Mais l'hystérie n'est nullement spéciale au sexe féminin; de plus, pour provoquer cet état, il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait une excitation intense venant d'un organe malade. Les excitations diverses dont notre organisme est continuellement le siège occupent entièrement la personnalité réflexe de l'hystérique, tandis que ces mêmes excitations ne provoquent d'ordinaire aucune espèce d'idées conscientes chez l'homme sain qui n'y pense généralement que par un effort voulu de son attention.

De plus, l'attention d'un grand nombre d'hystériques peut être artificiellement fixée sur certaines excitations; on peut ainsi leur *inspirer*, leur *suggérer* des sensations et des idées qui ne leur appartiennent pas, qui leur sont étrangères, mais qui se rapportent à des états somatiques. Aussi, est-ce avec raison qu'on considère les manifestations nerveuses de l'hystérie comme naissant exclusivement par l'intermédiaire d'*idées* et comme étant, par conséquent, d'origine purement psychique; cela, contrairement à d'autres accidents nerveux, tels que certaines paralysies, certaines convulsions, qui sont provoqués par une lésion organique du système nerveux et dont la production n'a rien à voir avec ce qui se passe dans la conscience du sujet. On ne doit pas admettre que les phénomènes hystériques se produisent d'après un plan déterminé, voulu, et qu'ils représentent une série d'actes électifs. Ce qui arrive plutôt, c'est que, parmi les idées qui correspondent à divers états et à divers actes d'ordre somatique, il s'en trouve qui pénètrent avec une intensité plus grande que d'habitude dans la conscience du sujet et réagissent à leur tour sur sa sphère somatique. On ne saurait naturellement démontrer pourquoi c'est tantôt telle idée qui s'impose, tantôt telle autre; pourquoi, dans un cas, l'influence s'exerce sur la sphère motrice et, dans un autre cas, sur la sphère sensorielle, sensitive ou sécrétoire. Déjà l'homme sain, en s'observant attentivement, peut assez souvent constater combien certaines de ses fonctions, en apparence purement automatiques, sont influencées par des représentations mentales, en particulier par des idées d'aperception. Nous faisons abstraction ici du rythme du pouls et de la respiration; mais les actes comme la miction, la défécation, l'intonation de la voix, la sensation de douleur ressentie à l'occasion d'excitations quelconques, par exemple par suite de vêtements ou de chaussures trop étroits, tous ces actes sont souvent différemment influencés, selon que nous fixons plus ou moins notre attention sur eux. Il faut cependant reconnaître que tous les symptômes de l'hystérie ne peuvent nullement être provoqués directement par des idées. Ce principe d'explication ne saurait s'appliquer, par exemple, au cas de l'absence des réflexes pupillaires observée parfois dans de grandes attaques d'hystérie; il faudrait admettre, en pareil cas, que l'impulsion, passant par-dessus les centres nerveux acces-

sibles à notre intelligence et à notre volonté, vient mettre en action d'autres centres psychomoteurs sur lesquels notre volonté ne peut rien. [Lire sur la psychologie de l'hystérie les travaux de Bernheim, Charcot, Pitres, Janet, Sollier.]

Dans l'*étiologie* de l'hystérie, il y a lieu d'insister sur l'*hérédité* dont l'influence est certaine dans 75 p. 100 des cas.

La transmission héréditaire *similaire* n'est pas rare. L'apparition de diverses manifestations hystériques est pourtant précédée d'ordinaire d'une *cause occasionnelle*, le plus souvent d'une vive *émotion* due à une excitation soit d'ordre somatique, soit de nature psychique. La surexcitation psychique jointe à un *traumatisme* constitue une cause occasionnelle fréquente. Le terrain favorable au développement des troubles hystériques est préparé par diverses circonstances. Nous voyons, par exemple, des symptômes hystériques dans l'idiotie congénitale, dans la manie, dans la démence précoce, dans l'anémie, dans les intoxications morphinique, cocaïnique, saturnine, alcoolique. Parmi les excitations d'ordre somatique, les phénomènes génitaux jouent un rôle fréquent, sans que l'appétit sexuel soit réellement augmenté.

Jolly a calculé qu'il y a 5,5 femmes hystériques pour 1 homme atteint de la même névrose. Chez les enfants, on a observé l'hystérie typique dès la troisième année, mais on en a surtout constaté fréquemment à l'âge scolaire. Les Orientaux seraient particulièrement disposés à l'hystérie. [Suivant Debove et Sallard, l'hystérie est commune dans tous les pays, dans toutes les races, davantage peut-être dans la race israélite.]

Des troubles hystériques peuvent être provoqués par la suggestion en masse, dans les réunions où sont assemblés beaucoup d'individus prédisposés ; on assiste alors à de véritables épidémies psychiques.

[L'hystérie de l'homme ou de la femme s'accompagne très souvent, sinon toujours, des manifestations diverses de la dégénérescence mentale. La figure 74 en est un exemple.]

Symptomatologie. — Nous allons examiner successivement les symptômes isolés de l'hystérie, ses syndromes les plus importants, son évolution. Presque tous les symptômes de cette névrose dépendent d'un facteur psychique ; mais le plus souvent ils apparaissent à l'observation sous une forme physique.

La *perception* est en général suffisante, mais d'ordinaire l'attention ne se fixe que d'une façon superficielle sur l'idée perçue.

Les altérations dans le domaine de la *perception sensorielle* sont extrêmement fréquentes.

L'*acuité visuelle* peut diminuer d'un seul côté ou des deux en même temps. Parfois, le malade distingue mal les couleurs ; très souvent on constate un rétrécissement concentrique du champ visuel. Dans quelques cas, on a pu observer de l'amblyopie ou de la cécité. Un examen attentif, surtout lorsque le trouble ne se trouve que d'un seul côté, permet pourtant de constater encore l'existence fonctionnelle de l'œil atteint. Ainsi, un hystérique amaurotique unilatéral qui regarde dans un stéréoscope dont l'un des verres est coloré en jaune et l'autre en bleu pourra combiner les deux couleurs et percevoir une surface verte.

Les *illusions* et les *hallucinations* hystériques qui se produisent dans des cas graves se rattachent la plupart du temps au sens de la *vue*. Elles sont parfois très complexes. Souvent, elles sont accompagnées d'un état cœnesthétique triste, pénible. Le malade voit des cercueils, des morts, des spectres, la femme infidèle, une scène de tribunal, des animaux fantastiques. On a aussi observé de la *micropsie* et de la *macropsie*. Quelquefois, les malades voient les traits des assistants complètement changés.

L'*ouïe* peut être diminuée d'un côté seulement ou des deux à la fois. Il se produit aussi parfois une *surdité hystérique*, qui disparaît d'une façon intermittente, surtout à l'occasion de communications qui intéressent particulièrement le sujet. Les *illusions* et les *hallucinations de l'ouïe* sont plus rares.

La diminution de l'*odorat* et du *goût* se produit également plus ou moins complètement. De plus, il n'est pas rare qu'il y ait de l'idiosyncrasie par rapport à certaines sensations olfactives ou gustatives se traduisant par une répugnance ou une prédilection marquée pour tel ou tel aliment, et surtout pour telle ou telle odeur.

Les troubles de la *sensibilité cutanée* abondent dans l'hystérie. Il en est qui surviennent si fréquemment qu'on les a considérés comme particulièrement caractéristiques de cette névrose et qu'on les a désignés sous le nom de *stigmates hystériques*. Un des symptômes les plus fréquents est l'*anesthésie*. L'insensibilité cutanée peut intéresser la

surface tout entière du corps ou n'être que localisée ; quelquefois, elle n'existe que d'un côté ; assez souvent elle est disposée par plaques plus ou moins étendues. Dans ce dernier cas, il ne s'agit pas de régions circonscrites dans le sens anatomique et correspondant à un territoire nerveux déterminé de la peau. La distribution de l'anesthésie n'est soumise, en apparence du moins, à aucune règle fixe : elle frappe la face ou la région cranienne, en affectant la forme d'une casquette ; elle existe au niveau d'une extrémité tout entière ou bien seulement au niveau de certaines parties de cette extrémité : aux mains, en forme de gants ou de manchettes ; à l'avant-bras, à la partie supérieure du bras, à la partie inférieure des jambes. Parfois, l'anesthésie est localisée au tronc, en forme de gilet de flanelle. Quelquefois l'anesthésie change de place et se manifeste, successivement, au niveau de diverses parties du corps. Les muqueuses sont souvent insensibles aussi, en particulier la conjonctive oculo-palpébrale. Le réflexe de l'épiglotte fait souvent défaut. Parfois, l'*hémianesthésie* est en même temps *sensitive* et *sensorielle*. Le degré de l'anesthésie est variable ; il arrive souvent qu'on peut enfoncer une aiguille à travers la main d'un sujet hystérique, sans que celui-ci fasse mine de s'en apercevoir.

L'*hyperesthésie* peut, à son tour, se manifester d'une manière très marquée sur diverses régions du corps. Celles-ci sont alors très sensibles à la moindre pression. On trouve ces plaques d'hyperesthésie rarement aux points d'émergence des nerfs, mais bien plus souvent au niveau des parties proéminentes du corps, comme le sommet du crâne, le front, le coccyx, la mamelle, les articulations. Les organes du bassin semblent souvent, eux aussi, particulièrement sensibles à la pression (*ovarie*). De même, ne sont pas rares des douleurs de nature névralgique. On connaît notamment la douleur frontale (*clou*) et la sensation de compression dans la gorge, le larynx et l'œsophage (*boule*). Souvent ces diverses douleurs changent de place.

Parmi les troubles d'ordre *moteur*, il faut mentionner le *tremblement*, les *convulsions cloniques* de diverses régions du corps, de la tête, des bras, des jambes, de la langue, des paupières, du diaphragme et parfois du corps tout entier ; des mouvements *tétaniques* et *choréiques* ; des *tics*, des *spasmes* ; des *contractures* de toute sorte dans les groupes musculaires les plus divers. Des *paralysies motrices* hysté-

riques se montrent souvent d'un côté du corps ou au niveau des membres inférieurs seulement. Il peut se produire de l'*abasie* et de l'*astasie*, comme chez l'hystérique représenté par la figure 70.



Fig. 70. — Hystérie avec abasie. — Le sujet essayant de marcher tombe en avant avec mille précautions.

Quelquefois, on constate une paralysie des cordes vocales déterminant de l'*aphonie*. Il est rare qu'il survienne une paralysie des muscles moteurs de l'œil. Les *réflexes tendineux* sont souvent exagérés.

On peut observer du *mutisme*, du *bégaiement*, du *balbutiement* et aussi de l'*aphasie* de nature hystérique. Les troubles de la parole varient assez souvent chez le même malade. On constate aussi quelquefois de l'*inégalité pupillaire*, du *nystagmus*. Au cours de l'attaque convulsive, on peut observer l'absence des réflexes pupillaires.

Fréquents aussi sont les *troubles de l'appétit*, des *répugnances* ou des désirs ardents, des *envies* pour certains mets, des *gastralgies*, des *éructations*, des *pituites*, des *vomissements*. On a vu des *hystériques jeûneurs* exciter vivement la curiosité publique; mais souvent on s'est aperçu qu'ils prenaient secrètement des aliments. On connaît la *grossesse hystérique*, qui est due au météorisme d'origine

nerveuse. On observe souvent de la *diarrhée*, de la *constipation*, des *spasmes de la vessie*. Les *troubles menstruels* sont fréquents.

La *tachycardie* et d'autres troubles cardiaques se manifestent souvent par crises. Le *dermographisme* n'est pas rare. Beaucoup de symptômes ont été encore décrits, les uns très réels, les autres reposant probablement sur une illusion. Parmi ces derniers, citons : les *hémoptysies* et les *hématémèses* qui, chez les hystériques, proviennent le plus souvent d'un saignement des gencives ; la *sueur sanguine*, le *pemphigus*, et probablement aussi la *fièvre hystérique*.

L'*association des idées* et la *mémoire* sont généralement bien développées, à part naturellement les cas d'hystérie évoluant sur une base d'imbécillité. Après des attaques, il peut subsister une légère amnésie. Il n'existe pas de psychose de longue durée exclusivement due à l'hystérie. Cependant, chez les paranoïques et chez les déments précoces paranoïques, on constate parfois des phénomènes d'hystérie. La *suggestibilité* et surtout les *attitudes cataleptiformes* ne sont pas rares au cours des attaques d'hystérie.

Les *troubles de la conscience* sont fréquents. Leur caractère distinctif est de survenir sous forme de crises intermittentes. On observe notamment des vertiges, des défaillances de courte durée, provoquées ordinairement par des influences psychiques, accompagnées souvent de troubles cardiaques, de tremblements.

Les *grandes attaques* se caractérisent par des symptômes d'ordre moteur. Les malades peuvent tomber par terre comme dans une attaque épileptique, mais cependant avec infiniment plus de ménagements, sans jamais se blesser. Ils s'étirent, présentent des convulsions rythmiques, se roulent, se blottissent, le tout avec des changements rapides d'attitudes. Assez souvent le malade courbe sa région dorsale en s'appuyant seulement sur la tête et sur les pieds, et en donnant à son corps la forme d'un arc ; c'est ce qu'on appelle l'*arc de cercle* (Voy. fig. 71). Le malade peut prendre des attitudes théâtrales dites *attitudes passionnelles* (Voy. fig. 72), ou bien faire des gestes absurdes rappelant les tics des catatoniques, comme de bondir par ci ou par là, de grimper, de valser, de s'agiter continuellement en accompagnant ces divers actes désordonnés de violentes crises de larmes ou de rire [phénomènes que Charcot a décrits sous le nom de *clownisme*].

La durée des attaques est variable : de quelques minutes à une demi-heure. Si les sujets se sentent observés, les phénomènes morbides se produisent d'une façon plus violente et durent bien plus longtemps. En saisissant énergiquement le malade, en l'aspergeant d'eau froide ou en lui

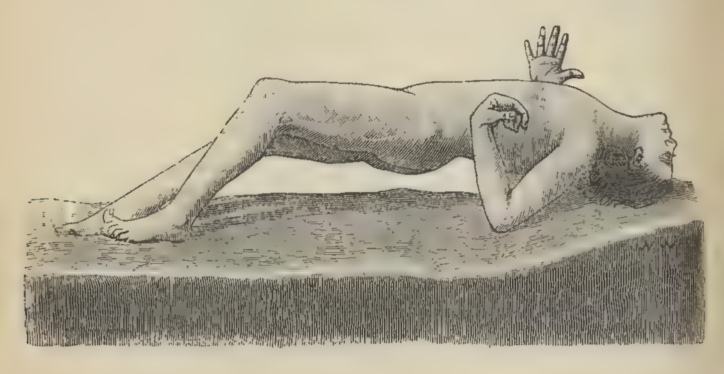


Fig. 71. — Hystérie. — Arc de cercle à un faible degré.

faisant passer un courant faradique, on peut arrêter la crise très rapidement.

Parfois, la crise d'hystérie ressemble assez par ses caractères extérieurs à une *attaque comitiale*. L'*absence des réflexes pupillaires* pendant la crise et l'*amnésie consécutive* sont très rares dans l'hystérie, contrairement à ce qui se passe dans l'attaque épileptique où ces phénomènes sont constants ; néanmoins, il faut se rappeler que ces symptômes peuvent s'observer chez les hystériques. La *morsure de la langue* et les *blessures* survenues au cours d'une attaque indiquent plutôt l'épilepsie. Le *diagnostic différentiel* ne peut pas toujours être fait d'une manière sûre exclusivement d'après les caractères de la crise, de sorte qu'il faut, dans certains cas, tenir compte des autres symptômes présentés par le sujet ou recourir à la réaction thérapeutique déterminée par les préparations bromurées.

Dans certains cas d'hystérie, il se produit une *somnolence* ou une *narcolepsie* plus ou moins accentuée accompagnée quelquefois de *catalepsie* et de *somnambulisme*.

Il y a des crises d'hystérie assez nombreuses qui offrent surtout un caractère psychique : crises de *délire*, d'*états*

crépusculaires de la conscience, de *stupeur*. Ces sortes de *crises psychiques* marquent parfois le prélude ou la dernière phase d'une *attaque convulsive* ; quelquefois, elles alternent avec celle-ci; il est vrai que, dans d'autres cas, elles se présentent sans aucune connexité avec les accidents convulsifs.



Fig. 72. — Hystérie. — Attitudes passionnelles.

Dans les crises *délirantes*, on peut observer des *hallucinations* de diverses espèces. Sous leur influence, les malades réagissent en manifestant leur épouvante ou leur ravissement ; ils jouent leur rôle comme dans une véritable comédie ; bien souvent, ils croient passer par des situations romanesques : ils voient apparaître la personne aimée dans des sphères élevées, ils sentent s'abattre sur leur nuque la main froide et dure du policier; ils assistent à l'ensevelissement de toute leur famille.

Ganser a décrit un *état de confusion et de trouble crépusculaire* de la conscience, dans lequel les malades présentaient presque toujours un grand nombre de *stigmates d'hystérie*, particulièrement de l'analgésie et des troubles sensoriels. Les sujets étaient complètement désorientés dans l'espace et dans le temps et répondaient de travers à des questions les plus simples, au point que leurs réponses faisaient penser soit à de l'imbécillité, soit à la simulation. Dans les cas de ce genre, le malade compte mal, additionne 2 + 3 à faux, indique son propre nom ou son propre âge d'une façon inexacte. Voici, par exemple, un fragment d'interrogatoire se rattachant aux sujets de cette catégorie : « Combien de nez avez-vous ? » « Je n'en sais rien. » « Mais est-ce que vous avez un nez? » « Je n'ai

pas d'yeux. » « Combien de doigts avez-vous? » « J'en ai onze. » « Savez-vous ce que c'est qu'un écu? » « Je ne connais pas d'écu ; c'est un joujou qu'on donne aux enfants. » On entend souvent des assemblages de paroles n'ayant absolument aucun sens; c'est ainsi qu'un malade s'écriait : « Le nom des pommes de pin et des poteaux de télégraphe. » Ce tableau clinique dure peu de jours ; après la crise, les malades ont l'air de se réveiller d'un rêve et prétendent ne pas se souvenir de ce qui s'est passé.

On peut, en outre, observer des états de *stupeur*, dans lesquels les sujets ne réagissent pas aux excitations habituelles, mais sont pourtant accessibles à des impressions plus intenses. En même temps, les malades peuvent présenter des phénomènes *cataleptiques*.

Il faut noter aussi la *suggestibilité*. Même en dehors de l'attaque d'hystérie et de la stupeur, il subsiste parfois de la *catalepsie* et une tendance à des *phénomènes d'écho*. Les symptômes nerveux les plus divers peuvent être *modifiés*, *provoqués* ou *supprimés* au moyen de représentations mentales que l'on a *suggérées* au malade. On fait disparaître les contractures par la faradisation; les anesthésies se traitent par des excitations cutanées répétées. A cet égard, l'état hystérique est parent de l'*état hypnotique*. C'est le cas de rappeler ici le phénomène du *transfert*, qui a été décrit pour la première fois par des neurologistes français et en vertu duquel on peut, en influençant les parties insensibles ou paralysées par l'application des métaux et des aimants, ou par un courant électrique, faire cesser le trouble local et le faire reparaître dans une autre partie du corps. Sans recourir à ces moyens, il est possible d'obtenir les mêmes effets à l'aide d'une *suggestion* habilement faite; peut-être les obtiendrait-on aussi par un électro-aimant sans courant.

Faisons aussi ressortir tout particulièrement la tendance des hystériques aux *mensonges* et à la *simulation*. Il ne faut accepter qu'avec une grande circonspection les descriptions saisissantes que font les hystériques de leur maladie. Il en est qui se sont fait pratiquer la laparotomie sans qu'il existât chez eux une affection organique quelconque d'un organe abdominal. D'autres exercent sur eux-mêmes des mutilations plus ou moins graves.

Les *mensonges* des hystériques sont extrêmement fréquents, de même que les *fausses accusations* devant les

tribunaux, ayant généralement trait à des prétendus attentats à la pudeur.

Les divers symptômes que nous venons de décrire peuvent tantôt alterner, tantôt se produire plusieurs à la fois. Les diverses *altérations de la conscience* se manifestent chez presque chaque hystérique; pourtant, les *états crépusculaires* et les autres *troubles psychiques* sont relativement plus rares. Parfois c'est *pendant l'enfance*, mais la plupart du temps c'est *au cours de la puberté* que les premiers troubles apparaissent. Une profession régulière, un mariage où l'on a beaucoup d'enfants peuvent faire disparaître en grande partie les symptômes de l'hystérie ; il faut cependant remarquer que le *mariage* ne doit pas être considéré comme un remède, et que chez bien des hystériques mariés se produisent quelquefois des accidents nerveux et psychiques les plus graves. Il est incontestable que, sous l'influence d'une culture intellectuelle trop intense, les troubles de nature hystérique surviennent plus fréquemment ; mais il faut reconnaître que des cas typiques d'hystérie s'observent dans les milieux les plus simples, chez des gens de la campagne le moins instruits.

Dans l'intervalle des manifestations aiguës de l'hystérie, alors même que les stigmates manquent totalement, il subsiste pourtant, dans des cas très marqués, une manière d'être spéciale du caractère, que l'on désigne sous le nom de *tempérament* ou de *caractère hystérique*. [Avec l'École de la Salpêtrière, nous pensons que le caractère de perversité que beaucoup d'auteurs, y compris Weygandt, prêtent si volontiers aux hystériques, ne leur appartient pas en propre, ou, pour dire plus précisément, comme Charcot, que ce caractère ne se rencontre chez eux que lorsque la névrose hystérique s'y trouve associée à des éléments divers de la dégénérescence héréditaire. Colin a fait ressortir parfaitement bien cette idée de Charcot dans son *Essai sur l'état mental des hystériques*.] Au premier plan se trouvent l'instabilité de tous les facteurs psychiques, l'humeur capricieuse, variable, grâce à laquelle le malade, facilement troublé par la moindre excitation, est enclin à l'abattement ou à l'exaltation. Les hystériques aiment à se plaindre de tout et de tout le monde, tout en sachant très bien en même temps se maîtriser en dépit des plus grandes douleurs et des plus grandes difficultés.

Les malades se montrent *capricieux* et *changeants* au

plus haut point. Aussitôt que des idées pénibles surgissent dans leur conscience, il se produit des troubles nerveux quelconques qui disparaissent ensuite, à l'occasion, par exemple, d'un plaisir. Toutes les assertions des hystériques fourmillent d'exagérations, d'enjolivements et même de mensonges pleins d'imagination. Un trait dominant de leur caractère est l'*égoïsme* intense avec lequel ils savent exploiter tout le monde pour la satisfaction de leurs désirs, tout en restant indifférents aux qualités et aux besoins d'autrui. Ils se mettent toujours en avant. Même des jeunes filles hystériques, d'intelligence débile, comme c'est le cas des malades représentées par les figures 75 et 76, savent souvent se faire une place prédominante dans leur cercle de relations, dans le but d'attirer l'attention exclusivement sur elles. L'origine de leurs plaintes, des mutilations qu'elles se font et même de leurs tentatives de suicide, d'ailleurs aussi peu sérieuses que jouées avec une habile mise en scène, l'origine de tous ces actes est pour une bonne part leur *vanité*.

Très souvent les hystériques affirment avoir avalé une aiguille. Une jeune hystérique cousait des initiales dans l'épiderme de la paume de sa main. D'autres aiment à s'affubler de toilettes voyantes, à couleurs criardes, ou à se friser avec coquetterie. Une hystérique imbécile s'est coupé les cheveux très courts pour étonner son entourage (Voy. fig. 73).

On les trouve partout où il se passe quelque chose de sensationnel. Beaucoup ont la manie de prendre des noms bizarres. Généralement, ils ne sont capables d'aucun travail sérieux, soutenu, demandant de l'abnégation ; tandis qu'au contraire, pour satisfaire leur égoïsme, ils se soumettront à de grandes fatigues, supporteront toute sorte de tourments, rempliront même au besoin des fonctions exigeant de l'abnégation, comme celle d'infirmière, par exemple. Placés ensemble, les hystériques sont absolument insupportables les uns pour les autres, et leurs querelles n'en finissent plus. Il faut dire que ces sujets se soumettent à des natures énergiques ; ainsi, vis-à-vis de leurs médecins ils sont généralement très confiants et soumis ; il est vrai que cela ne dure guère. On connaît leur tendance à changer souvent de médecins, à s'adresser à toutes les autorités, à tous les charlatans, à rechercher des cures miraculeuses avec l'aide d'une influence religieuse au besoin. Nous avons

déjà mentionné que leur appétit sexuel, contrairement à ce que pense le vulgaire, n'est aucunement augmenté.

La *suggestibilité* des hystériques se manifeste souvent par une apparition commune d'accidents hystériques, chez des personnes qui vivent constamment ensemble. Cela se voit, par exemple, dans certains établissements où une vie uniforme donne beaucoup d'occasions à ceux qui y habitent de s'occuper continuellement de leur propre état. On a décrit une série d'*endémies* et d'*épidémies* dans des écoles de filles, dans des internats et aussi dans des couvents. On possède déjà à ce sujet des relations importantes datant des siècles précédents. Friedmann (1) raconte ainsi une épidémie qui a eu lieu en 1632 à Loudun, au couvent des Ursulines, qui menaient une vie strictement ascétique : « Subitement, seize religieuses tombèrent malades, entre autres la supérieure ; elles avaient des hallucinations de nature effrayante ; elles voyaient des fantômes, des morts, elles présentaient aussi des hallucinations érotiques : des démons pénétraient auprès d'elles et employaient sur elles des artifices de séduction. Les malades couraient



Fig. 73. — Hystérique atteinte d'imbécillité ; s'est coupé les cheveux très courts et s'est parée de fleurs pour attirer sur elle l'attention de tout le monde.

(1) Friedmann, *Ueber Wahnideen im Volkerleben* (*Sur les idées délirantes observées dans la vie populaire*), 1901.

hors de leurs cellules, grimpaient sur les toits, s'imaginaient être maltraitées par les démons, voyaient des cadavres dans le feu du purgatoire, prétendaient que les diables voulaient pénétrer en elles par la bouche et le vagin. En outre, survenaient des accès d'agitation avec arc de cercle; les malades couraient de tous les côtés, hurlaient, laissaient pendre la langue, se livraient à des



Fig. 74. — Homme hystérique, imberbe, avec crâne carré.

actes d'exhibitionisme, présentaient de la coprolalie, des hochements de tête, des convulsions épileptiformes, de la catalepsie, de l'anesthésie. Dans l'intervalle de ces accidents, toutes ces hystériques se rendaient à leur culte. Dans une de leurs extases délirantes, elles désignèrent un aumônier comme étant l'auteur de leur état de possédées. Lorsque ce prêtre voulut essayer d'exorciser ses accusatrices, elles étaient prêtes à le déchirer en morceaux; bientôt après, il fut mis à la torture et exécuté. Des personnes vivant dans le voisinage du couvent furent atteintes de la même névrose, jusqu'à ce que cette épidémie psychique ait disparu après une durée de neuf années. »
[La *Bibliothèque diabolique*, éditée par Delaye et Lecrosnier,

sera très utilement consultée sur ces questions d'*épidémies hystériques*.]

Diagnostic. — Nous avons déjà dit plus haut que des accidents de nature hystérique peuvent survenir d'une façon intercurrente dans un grand nombre d'affections mentales. Chez les *maniaques*, pendant la phase aiguë de leur excitation, on peut observer du clownisme hystérique. Dans la clientèle privée, les cas légers de manie sont souvent considérés à tort comme étant de nature hystérique, bien que, par leur apparition périodique et aussi par les symptômes de surexcitation et de fuite d'idées qui les accompagnent, ces cas appartiendraient plutôt à la *folie intermittente*.



Fig. 75. — Femme hystérique.

Certains malades passent pendant des années pour être hystériques, jusqu'à ce que, finalement, sans transition nette, on voit apparaître chez eux les signes de la *démence précoce*. Quelquefois, cette dernière affection, surtout sa forme *catatonique*, s'accompagne d'un état d'excitation rappelant l'hystérie par ses manifestations convulsives, jusqu'à ce qu'enfin la psychose reprenne son évolution caractéristique. De même, dans la démence *paranoïque*, le tableau général des accidents peut pendant assez longtemps présenter un aspect hystériforme, par la coquetterie anormale du sujet, son attitude arrogante. Il importe de ne pas confondre cette psychose avec l'hystérie, car son pronostic est infiniment plus défavorable. De même, ce serait faire fausse route que de considérer cette psychose comme de l'hystérie grave se terminant par la démence. J'ai eu l'occasion d'observer, dans un cas de *mélancolie d'involution*, des spasmes isolés à forme hystérique. On peut voir se déve-

lopper des manifestations hystériques chez les *imbéciles* et même chez les *idiots*.

Quant aux rapports qui existent entre l'hystérie et l'*épilepsie*, les avis sont partagés. Certains auteurs admettent des transitions de l'une à l'autre, ou bien établissent une forme intermédiaire, l'*hystéro-épilepsie*, accompagnée d'une part de convulsions cloniques, et d'autre part de symptômes hystériformes. Je crois que, dans la plupart des cas, il est généralement possible d'établir cliniquement la distinction entre l'hystérie et l'épilepsie. On sait que, dans cette dernière affection, on a trouvé récemment, à l'autopsie, des altérations déterminées de l'écorce. Il est vrai aussi qu'on peut observer une simple association de ces deux névroses, de même que, de temps en temps, on a l'occasion de voir des attaques épileptiques apparaître au cours de la folie intermittente. Il est à noter, pour le diagnostic différentiel de ces névroses, que les crises hystériques ont un caractère plus théâtral, qu'elles varient d'intensité selon l'entourage du malade; qu'elles ne s'accompagnent que rarement de l'abolition des réflexes pupillaires; qu'elles ne provoquent presque jamais des blessures dans la chute des malades; que l'amnésie dont elles sont



Fig. 76. — Femme hystérique; attitude coquette.

quelquefois suivies n'a rien d'absolu, comme dans l'épilepsie, et constitue plutôt un trouble et non une abolition complète du souvenir. Les crises d'hystérie ne présentent pas non plus la périodicité des attaques d'épilepsie; elles se rattachent plutôt à des impressions psychiques quelconques ; de plus, il y a lieu de bien noter, dans l'intervalle des crises, le caractère ordinairement égoïste, vaniteux, instable de l'hystérique, alors que le caractère de l'épileptique est plus grave, plus pédantesque.

Certains *alcooliques* peuvent présenter des manifestations hystériques. Rappelons, en passant, que dans quelques affections nerveuses organiques, comme le *tabes*, les *myélites*, il se produit parfois des symptômes additionnels dus à la grande névrose.

Pronostic. — Comme l'hystérie repose sur une prédisposition, il n'est guère possible d'espérer pouvoir la faire disparaître complètement. Cependant, on peut obtenir une amélioration satisfaisante, et cela même dans des cas d'une gravité moyenne, en mettant le sujet dans un milieu approprié, en lui imposant une occupation régulière et en écartant de lui toutes les impressions susceptibles de le surexciter.

Traitement. — Le traitement *symptomatique* de l'hystérie agit souvent d'une manière surprenante, mais malheureusement nullement durable. L'*eau froide*, l'*électricité faradique* peuvent arrêter subitement une attaque ou faire disparaître une paralysie. De même, les hystériques sont presque toujours très *suggestibles* et accessibles à l'influence de l'*hypnotisme*. Il est vrai que, d'ordinaire, après la disparition d'un symptôme il s'en produit aussitôt de nouveaux. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on se trouve en présence de symptômes aussi gênants que l'astasie, l'aphonie, une contracture généralisée à toute la musculature du corps, il est permis d'essayer prudemment de l'hypnotisme, tout en se disant qu'on risque de remplacer une contracture de la jambe par celle d'un bras ou bien une abasie par une analgésie.

Ce qui est plus utile que tous ces moyens plus ou moins fallacieux, c'est de transporter le malade dans un *milieu nouveau* sans s'attarder à rechercher chez lui tous les symptômes d'hystérie plus ou moins marqués qu'il peut présenter. Aussi, ce qui constitue la base principale du traitement, c'est la séparation du malade de sa famille, qui

ne fait que le plaindre continuellement et exagère ainsi ses tendances à des idées morbides. En outre, on doit, aussitôt que possible, donner au malade un *travail suivi*. Une vie régulière, réglée d'après une discipline sévère, empêche les crises de l'avenir. Le *mariage* ne constitue pas du tout, comme on le croyait autrefois, un moyen efficace contre l'hystérie. Au contraire, pour certaines femmes hystériques, il est une excellente occasion de se livrer chez elles à tous les excès et de développer ainsi leurs tendances morbides, pour le plus grand désespoir de leur mari, comme pour le malheur de leurs enfants menacés dans leur éducation. Dans des cas où l'hystérie s'accompagne de troubles particulièrement graves de la conscience, on peut être obligé de recourir à l'*internement* du sujet dans un asile d'aliénés, dont l'organisation bien comprise présente, pour des natures instables, un milieu mieux approprié qu'une maison de santé ouverte ou qu'une simple pension de famille. Il importe aussi d'*isoler les hystériques les uns des autres*, car l'expérience démontre que leur traitement en commun crée généralement des situations intolérables. On ne doit pas prendre trop au sérieux les scènes de tentatives de suicide, habilement jouées par les hystériques qui n'y apportent généralement aucune conviction sérieuse. Les *interventions chirurgicales d'ordre gynécologique* n'exercent aucune influence favorable sur l'état mental des hystériques.

Au point de vue *médico-légal*, il y a lieu de tenir le plus grand compte des tendances *simulatrices* des hystériques. Leurs *délits favoris* sont : le *vol*, la *calomnie*, les *fausses accusations* et, en particulier, les *accusations de viol*, dont elles sont généralement les victimes imaginaires. Rappelons que les médecins qui, dans leurs visites aux hystériques, se livrent sur elles à un examen gynécologique, s'exposent quelquefois par ce fait à des *inculpations mensongères d'attentat à la pudeur* et de *viol*. Il n'est pas rare aussi que des *incendies* soient l'œuvre d'un hystérique.

[Ce n'est que dans les états crépusculaires de la conscience, de délire, de crises convulsives, de stupeur et de sommeil que les hystériques peuvent profiter des dispositions de l'article 64 du Code pénal.] A part ces états très caractérisés, la *responsabilité pénale* des hystériques peut tout au plus être considérée comme légèrement atténuée.

Hystérie traumatique.

La majorité des auteurs désigne actuellement sous le nom d'*hystéro-traumatisme* les états morbides déterminés par des impressions psychiques d'une grande intensité, agissant soudainement, comme, par exemple, une grande frayeur, et dont les symptômes rappellent souvent l'hystérie. Ces états peuvent survenir aussi à la suite de traumatismes, surtout de blessures reçues à la tête, d'une chute, de coups, d'un accident de chemin de fer, et aussi après des tentatives de suicide. L'appréciation de ces états est rendue difficile par la coexistence, toujours possible, d'une lésion organique du système nerveux central.

Tandis qu'on peut généralement établir avec sûreté le diagnostic de la *contusion* et de la *compression* du cerveau, il faut reconnaître que la *commotion cérébrale* peut se présenter sous des aspects extrêmement différents, aussi bien au point de vue de ses lésions anatomiques qu'au point de vue de ses manifestations cliniques. Après un accident violent, nous constatons souvent la perte de la connaissance avec amnésie consécutive. Parfois aussi, bientôt après le choc, il se produit une vive surexcitation accompagnée de confusion mentale. Dans un grand nombre de cas de traumatisme cranien, on observe une affection évoluant d'une façon progressive et rappelant la paralysie générale par l'abolition des réflexes pupillaires, les troubles de la parole, l'affaiblissement progressif de l'intelligence ; cette affection est désignée par Köppen sous le nom de *pseudo-paralysie générale traumatique*. Dans d'autres cas, le traumatisme, accompagné d'une lésion des circonvolutions centrales, peut produire de l'*épilepsie jacksonienne* ou de l'épilepsie réflexe. A défaut de ces divers troubles fort graves, et dus le plus souvent à des lésions localisées, il peut se déclarer un état qui, à certains égards, rappelle la *neurasthénie :* même sentiment de fatigue qui s'accroît au moindre effort, ainsi que Gross et Rœder l'ont démontré expérimentalement, même état cœnesthétique déprimé. Parfois il survient, en outre, des obsessions et des impulsions. Le sommeil, l'appétit, la nutrition générale laissent à désirer. On constate aussi des céphalalgies avec sensation de casque, des vertiges, des tremblements, des sueurs, une exagération des réflexes. Puis, peu à peu, se présentent nettement des

symptômes qui sont plutôt de nature *hystérique*, comme les hyperesthésies, les paresthésies, les hypoesthésies, les analgésies, le rétrécissement du champ visuel, les troubles de la motricité. Très fréquemment, il arrive que l'individu traumatisé s'habitue à l'idée qu'il est malade par suite de la durée interminable du procès entrepris par lui pour obtenir des dommages-intérêts et une rente viagère. En pareil cas, des essais de simulation ou, du moins, des exagérations ne sont pas rares. Il est vrai, d'ailleurs, que des états semblables s'observent aussi dans des cas où il n'est nullement question de procès en dommages-intérêts. C'est ainsi qu'un jeune savant, qui avait été délivré d'un sarcome par une opération chirurgicale, resta de longues années avant de pouvoir retrouver l'énergie de se consacrer à ses travaux habituels. En somme, l'état neurasthénique semble être dû à une perturbation directe du système nerveux central, tandis que les symptômes hystériques se développent plutôt en raison des idées que le malade se forge relativement à l'aggravation des conditions de son existence et aux dommages-intérêts qu'il espère obtenir par l'intermédiaire des tribunaux.

XV. — ÉPILEPSIE

L'*épilepsie* [*haut mal, mal caduc, morbus sacer, mal comitial*] est une des maladies les plus connues depuis les temps les plus anciens. Entre autres personnages historiques qui en étaient atteints, citons Cambyse, Alexandre le Grand, César, Caligula, l'apôtre saint Paul, Charles le Gros, Alfred le Grand d'Angleterre, le roi Wenceslas, Napoléon Ier. A côté de quelques hommes tout à fait éminents, il y en a beaucoup d'autres d'une valeur intellectuelle moins grande. Quoi qu'il en soit, le trait dominant que l'on a toujours reconnu à cette affection est l'apparition soudaine et violente d'attaques convulsives, ainsi que le nom même de l'épilepsie l'indique (ἐπιλαμβάνειν veut dire exactement *surprendre*). Il est vrai que, peu à peu, l'attention s'est portée sur divers états psychiques anormaux, connexes avec l'épilepsie, tels que la confusion mentale, l'agitation, constatés particulièrement avant ou après l'attaque et auxquels on a donné les noms de *folie pré-épileptique* ou *post-épileptique*. Cependant l'attaque, avec sa profonde suppression de la conscience, est déjà en

elle-même un trouble mental. D'autre part, dans l'intervalle des attaques, on remarque assez souvent des déviations variées de l'état mental normal. Les attaques convulsives constituent le symptôme le plus apparent, mais elles ne constituent pas à elles seules toute l'épilepsie. Il faut même savoir que cette affection peut évoluer sans qu'il y ait la moindre attaque, sous la forme de ce qu'on appelle l'*épilepsie psychique*; de même, par exemple, que, dans la tuberculose pulmonaire, l'hémoptysie est l'accident qui frappe et inquiète surtout le malade et son entourage, sans que ce symptôme soit indispensable à l'existence même de cette maladie.

Symptomatologie. — L'épilepsie est un état morbide dans lequel surviennent de temps en temps, sous forme d'attaques, des troubles divers de la conscience; dans l'intervalle des attaques, on ne remarque d'habitude qu'une modification spéciale du caractère, et quelquefois aussi de la débilité mentale. Parmi les troubles de la conscience, il faut citer : les *pertes de connaissance* accompagnées de *convulsions*; les *absences* accompagnées ou suivies parfois de phénomènes de légère excitation; les *vertiges*, *crises de délire* avec obscurcissement de la conscience, illusions et hallucinations, conceptions délirantes et actes incohérents, en un mot la *folie épileptique*; enfin, crises d'abattement ou d'*actes* purement *impulsifs*.

La *grande attaque convulsive* se caractérise par une perte complète de connaissance qui se produit soudainement et qui est accompagnée de convulsions. L'attaque peut éclater sans aucun prodrome. Dans d'autres cas, il y a des signes précurseurs : changement d'humeur, malaise, irritabilité, mal de tête, vertiges, tremblements, pendant des heures ou même pendant des jours. En outre, la perte de la connaissance elle-même est souvent précédée directement par des *symptômes initiaux*, appelés *auras*. Ces phénomènes précédant immédiatement la crise comitiale sont de nature diverse. Les auras d'ordre *moteur* sont : contracture d'un groupe de muscles ou des extrémités; besoin de marcher en avant ou en arrière, de faire des bonds, de danser ou de tourner en rond. La forme d'aura dans laquelle le malade, au début de l'attaque, se met à courir d'une façon inconsciente, a été désignée sous le nom d'*épilepsie procursive*. Beaucoup d'auras sont constituées par des phénomènes de nature *sensitive* : paresthésies, sentiment

Planche VIII. — Épileptique pendant une attaque convulsive. Les extrémités étendues dans une convulsion tonique, la jambe gauche un peu relevée. Cyanose; écume aux lèvres.

de pression abdominale, douleurs diverses. Parmi les auras *sensorielles*, citons : une sensation gustative ou olfactive particulière; des tintements, des sifflements, des paroles, une mélodie, quelquefois aussi un accès de surdité; l'apparition d'étincelles et de couleurs, en particulier la vue de la couleur rouge, la macropsie ou la micropsie, rarement la cécité.

Parfois l'aura est constituée par une forte sueur ou par des rougeurs ou pâleurs subites de la face ; [c'est l'aura *vaso-motrice*].

On observe aussi des auras *psychiques* sous forme d'illusions ou d'hallucinations diverses, d'accès d'agitation, de crises d'angoisse, d'effroi, d'abattement, de paramnésie. En ce qui concerne l'aura paramnésique, un malade exprimera, par exemple, l'idée qu'il a *déjà vu* tout ce qui arrive. D'autres prononcent quelques mots, toujours les mêmes pour chaque sujet, avant de tomber. C'est ainsi qu'un malade s'écriait chaque fois : « pas au revoir ». Un autre apercevait écrite en lettres brillantes l'expression suivante dépourvue de sens : « avoir du pois »; il voulait prononcer ces mots, mais chaque fois la perte de la connaissance survenait aussitôt.

Après l'aura, les malades s'affaissent en poussant généralement un long cri, perçant ou sourd, résultant de la convulsion des muscles de l'expiration ou des muscles du larynx. La chute à la renverse se produit souvent si subitement que les malades se font des blessures plus ou moins graves : des bosses à la tête, des écrasements de l'os nasal et autres fractures, des hématomes auriculaires, des brûlures. La figure 77 représente la main d'un épileptique couverte de cicatrices consécutives à des brûlures survenues au cours de l'accès.

La période *tonique* des *convulsions* de l'attaque dure plusieurs secondes : toute la musculature est contractée d'une façon tétanique; le corps se raidit; quelquefois les jambes étendues sont un peu levées ; les mains sont crispées; la respiration cesse pendant un moment et il survient de la cyanose. La planche VIII représente cette phase de la crise comitiale.

Les *pupilles* sont dilatées et ne *réagissent* plus ni à la



Tab. 8.

lumière ni à l'accommodation. Souvent il y a de l'écume à la bouche. Des évacuations involontaires d'urine et de selles sont très fréquentes.

Cet état peut durer une demi-minute, avant de passer à la période des *convulsions cloniques*.



Fig. 77. — Cicatrices résultant de brûlures et contractures des doigts survenues au cours d'une attaque d'épilepsie.

Cette seconde phase de l'attaque débute par de courtes convulsions des muscles de la tête, du tronc et des extrémités ; les secousses deviennent de plus en plus rapides et de plus en plus nombreuses, de sorte qu'ici encore le malade est exposé à des blessures, quelquefois même à une luxation des épaules.

Les yeux roulent convulsivement dans leurs orbites. Les convulsions des muscles de la mâchoire déterminent quelquefois un étranglement ou une morsure de la langue ; il peut même arriver que l'extrémité de la langue soit grièvement blessée (Voy. pl. IX). Après un temps qui varie de trente secondes à quelques minutes, les convulsions deviennent plus lentes et plus faibles.

D'ordinaire, il s'y joint une *période comateuse* : le malade tombe dans un sommeil qui dure quelques minutes ou plusieurs heures ; il sort de là avec des maux de tête, de l'abattement, parfois des vomissements, et *sans se souvenir* en aucune façon de l'attaque. Dans quelques cas, on constate aussi une *amnésie*

Planche IX. — Forte cicatrice résultant d'une morsure de la langue, survenue au cours d'une attaque comitiale.

rétrograde, de sorte que les dernières heures et même les derniers jours qui ont précédé l'attaque n'existent plus pour le malade.

Parmi les phénomènes physiques qui accompagnent l'attaque, il faut mentionner une altération fréquente des *réflexes tendineux* : tantôt leur exagération, tantôt leur abolition. En outre, de temps à autre on constate des *hémorragies* cutanées ou muqueuses. La *température* est presque toujours supérieure à la normale, en moyenne, de 0°,3.

On a, de plus, observé une série d'altérations *chimico-biologiques*, soit pendant, soit après l'attaque. Malgré quelques constatations contradictoires, il paraît certain, d'après Kraïnsky et Haig, que, la veille de l'attaque, le taux de l'acide urique est diminué, tandis qu'il est augmenté après l'attaque. Klein a pu établir que, après l'attaque, dans plus de la moitié des cas il y a de l'albuminurie, dans environ un douzième des cas de l'albumosurie, puis dans deux tiers des cas une augmentation de chlorures ; jamais il n'a trouvé de la glycosurie alimentaire. L'*urine* avant et après l'attaque, injectée à des lapins, a, dit-on, un effet *toxique*. Mais cette assertion n'a pas été confirmée par les recherches de Bratz et de Hebold. Ajoutons encore que, d'après Kraïnsky, il s'accumule périodiquement dans le sang du carbonate d'ammoniaque qui se décompose après l'attaque. [La *toxicité urinaire* des épileptiques est étudiée depuis le travail de Seyfert qui a signalé, en 1854, la présence de l'albumine dans l'urine après les attaques. En France, Mabille, en 1880, a publié une note sur ce sujet dans les *Annales médico-psychologiques*. En 1890, Jules Voisin et Péron ont étudié l'albuminurie post-paroxystique et les conclusions de leurs expériences sont : 1° l'albuminurie post-paroxystique existe dans la moitié des cas; 2° elle s'observe dans tous les modes d'épilepsie ; 3° l'état de mal épileptique paraît toujours accompagné d'albuminurie ; 4° l'albuminurie est constante chez les mêmes malades, mais elle est très fugace et très variable en quantité ; elle se montre surtout dans les deux premières heures qui suivent l'accès convulsif et elle paraît avoir un rapport constant avec la congestion de la face. En ce qui concerne la toxicité urinaire des épileptiques, les mêmes



auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes : il y a hypotoxicité urinaire avant et pendant les accès; il y a hypertoxicité à la suite des accès.] Agostini affirme qu'il y a, après l'attaque, une augmentation d'acide chlorhydrique dans l'estomac. Smith a souvent constaté avant l'attaque une courte dilatation du cœur.

Quand les attaques se succèdent rapidement, la perte de la connaissance persiste même dans les intervalles; c'est l'*état de mal épileptique*; les malades sont étendus inertes, sans réaction, les yeux entr'ouverts ou fermés, parfois les globes oculaires un peu proéminents, les pupilles larges et immobiles; la respiration est stertoreuse, et quelquefois il y a menace d'asphyxie.

Comme variété spéciale, il faut encore mentionner les *attaques comitiales nocturnes*, qui se produisent souvent complètement à l'insu du sujet. Le lendemain matin, le malade est mal à son aise; il a des maux de tête; ses divers réflexes sont souvent altérés; parfois, les conjonctives sont injectées; les urines peuvent contenir de l'albumine, et, de plus, le malade constate qu'il a uriné dans son lit.

Les petites attaques dites *épilepsie mineure* ou *petit mal comitial* sont caractérisées par un trouble de la conscience dont l'intensité est très variable. Il survient des états ressemblant à des attaques et qui sont, en quelque sorte, comme un rudiment de l'attaque convulsive. La conscience s'éclipse au milieu d'une conversation ou d'un travail; les malades prononcent encore deux ou trois paroles ou quelques sons inarticulés, font entendre un bruit pareil à un claquement de la langue ; laissent, en écrivant, courir leur plume en dehors de la feuille de papier; lâchent tout à coup ce qu'ils ont entre les mains. Quelques autres phénomènes d'ordre moteur se manifestent en même temps, comme des secousses convulsives dans un groupe de muscles ou dans une extrémité, contractions spasmodiques des paupières, raideur subite du tronc. La chute à terre est rare dans le petit mal. A la suite de cet état comitial, l'amnésie est la règle.

Mais parfois, au cours de cette forme d'épilepsie, les sujets accomplissent des actes quelconques, comme, par exemple, de parler d'une façon automatique. Mais ces dernières manifestations peuvent aussi bien être rangées parmi les états crépusculaires de la conscience.

Il survient, en outre, de simples défaillances au cours

desquelles les malades s'affaissent, sans aucun autre symptôme; tout se réduit à une courte interruption de la conscience durant quelques secondes ; c'est ce qu'on appelle une *absence*.

De plus, on voit se produire encore des obscurcissements très passagers et momentanés de la conscience, des *vertiges* dans lesquels le malade peut encore se retenir ou s'asseoir, et qui ne s'accompagnent pas d'interruption complète de la conscience.

Enfin, on a observé des attaques de *faiblesse motrice* avec affaissement subit et passager, mais sans aucun trouble de la conscience, la lucidité d'esprit étant pleinement conservée.

Des accès de *migraine ophtalmique* surviennent également d'une façon périodique chez beaucoup d'épileptiques.

Parmi les états psychiques de nature comitiale, il faut citer encore les *colères*, les accès de *mauvaise humeur* et de tristesse non motivées, altération extrêmement fréquente de l'état cœnesthétique sans aucune obnubilation de la conscience, que Kraepelin a, le premier, fait bien ressortir. On constate déjà souvent ce changement brusque de l'humeur à la phase prodromique d'une attaque convulsive. Mais un examen approfondi montre que, même dans les intervalles exempts d'attaques, il se produit souvent des accès périodiques de tristesse et de mauvaise humeur. Il s'agit alors d'une disposition d'âme maussade, désagréable, accompagnée souvent d'une irritabilité assez grande. Le malade sent lui-même cette altération de son caractère; cela le prend malgré lui; il se sent comme ensorcelé; il devient triste; un rien le met hors de lui ; il voudrait disparaître; il prend en dégoût toute son existence; il roule dans sa tête des projets de suicide. Beaucoup de ces malades fuient le monde, préfèrent vivre dans la solitude, deviennent sauvages, restent continuellement au lit. D'autres, au contraire, cherchent noise à tout le monde et sont portés à la violence. Aschaffenburg a signalé de semblables accès de mauvaise humeur chez 78 p. 100 d'épileptiques devenus aliénés, et il en distingue trois formes :

1° Simple dépression avec dégoût de la vie;

2° Mauvaise humeur avec inquiétude, accompagnée parfois d'illusions et d'hallucinations visuelles : éclairs, silhouettes noires, taches rouges;

3° Excitation, colères avec tendances aux querelles, et logorrhée sans fuite d'idées.

Ces accès de mauvaise humeur ou *colères épileptiques*, dont la figure 78 offre un exemple, peuvent durer de quelques heures à deux ou trois jours ; le malade se sent après eux comme délivré, il redevient plein d'espoir, s'excuse même volontiers de toutes les querelles qu'il a suscitées pendant sa mauvaise humeur. Chez un même



Fig. 78. — Épileptique à l'état de confusion mentale et de colère (d'après Sommer).

malade, les divers accès que nous venons de décrire se présentent ordinairement toujours sous la même forme.

Cependant, les accès d'ordre psychique sont souvent marqués par un trouble plus ou moins accusé de la conscience. Dans l'*état crépusculaire* de cette dernière, qui précède ou qui accompagne une attaque convulsive et qui, d'ailleurs, peut survenir aussi d'une façon indépendante, la perception des impressions venant du monde extérieur est souvent affaiblie ; de même, la compréhension des impressions complexes, comme celles du langage par exemple, est souvent complètement supprimée. En revanche, les expressions du malade révèlent fréquemment l'existence d'hallu-

cinations, la plupart auditives et visuelles. D'ordinaire l'objet de ces hallucinations est de nature effrayante et, souvent, d'une teinte religieuse : ce sont des cloches qui sonnent, des voix célestes qui se font entendre, des anges avec des ailes sombres qui s'approchent et planent autour du malade, des têtes de morts qui grimacent, le feu de l'enfer qui flamboie, des étincelles semblables à des petits vers luisants qui sont projetées de tous les côtés, un rat qui court au travers du visage. Dans d'autres cas, le malade s'imagine qu'on le dissèque ou qu'on le chloroformise. Dans les états graves, le sujet n'a aucune conscience de ce qu'il dit, son attention est nulle et il n'y a plus aucune cohésion ni ordre dans ses pensées. Au lieu d'actes motivés par la volonté, on voit se produire surtout des mouvements automatiques, déterminés parfois par une impression quelconque, sans qu'aucune idée intervienne pour les modifier ou les arrêter. Souvent aussi ce sont des actes impulsifs, reposant sur une excitation purement motrice. Un malade sortit un jour par la fenêtre de sa chambre située au rez-de-chaussée, se rendit à son bureau, y saisit une chaise qu'il rapporta chez lui par le même chemin ; après quoi il reprit connaissance. Ordinairement le sujet tient en même temps des propos délirants. Une malade disait, par exemple, qu'elle a fait un faux serment ou que le Sauveur est près d'elle.

Les actes inconscients sont souvent délictueux ou criminels : ce sont des coups, des attentats aux mœurs, des incendies, des vols. Le cas de ce jeune barbier qui, dans l'état crépusculaire de sa conscience, courait partout avec ses rasoirs, faisant ses offres de service à tout le monde et les exécutant réellement, montre combien les sujets de ce genre peuvent être dangereux. On observe surtout fréquemment chez eux des *fugues*. Un malade de Berlin se réveilla tout à coup à bord d'un navire qui entrait dans le port de Stettin ; il n'avait conservé aucun souvenir du chemin qu'il avait fait pour se rendre à la gare, ni du voyageen chemin de fer, ni de son embarquement sur le navire. On connaît aussi le cas de cet autre malade qui, dans un état crépusculaire de la conscience, fit le voyage de France à Bombay.

Au sortir de ces accès d'ordre psychique, les malades se réveillent comme d'un sommeil. Tout à coup ils recouvrent leur connaissance et désirent savoir ce qui leur est arrivé.

L'un d'eux disait que l'intelligence lui revenait par saccades. Ordinairement il reste encore un peu d'affaissement intellectuel avec un sentiment de lourdeur extrême de la tête. A la suite de ces accès, on constate de l'*amnésie* qui s'étend rarement à toute la durée de l'accès. Parfois les malades savent donner, immédiatement après leur réveil, quelques renseignements qui disparaissent ensuite complètement de leur mémoire comme un songe fugitif. Ce fait est important au point de vue des enquêtes judiciaires. D'autre part, il subsiste assez souvent des bribes de souvenirs, des réminiscences partielles. Un malade, par exemple, qui, dans l'état crépusculaire de sa conscience, a parcouru une certaine distance à travers la ville, n'en a conservé au réveil aucun souvenir, si ce n'est qu'il a souhaité le bonjour à un ami. Un autre malade, tombé un soir dans un léger état crépusculaire, a tenu une conversation dont, immédiatement après, il ne savait plus rien jusqu'au lendemain matin, où une seule question, traitée par lui, lui revint à la mémoire.

Souvent, l'*état crépusculaire de la conscience* prend les caractères d'un *délire*, grâce à l'altération de la faculté de la compréhension, ainsi qu'aux troubles sensoriels et à l'excitation concomitante. Ce délire est accompagné, la plupart du temps, d'un sentiment plus ou moins profond d'angoisse. Des visions effrayantes assaillent le malade ; il ne reconnaît plus son entourage, il divague, il cherche à se protéger, à se défendre contre ses bourreaux ; il frappe autour de lui, déchire tout. L'un d'eux s'écriait : « Cela va bientôt s'arranger — Notre Seigneur ne m'abandonnera pas — je me tuerai — nous nous reverrons en enfer. » En général, il y a de l'euphorie ou de l'exaltation. Dieu et les saints apparaissent au malade; il se croit au ciel, il déclare qu'il est le Christ ou un prophète ; il pousse des cris d'allégresse, chante et danse ou s'agenouille devant un autel imaginaire.

On observe aussi, de temps à autre, des délires avec conservation partielle de la conscience, dans lesquels, malgré leurs troubles sensoriels, les malades répondent pourtant à certaines questions d'une manière exacte.

Viennent ensuite les *états de stupeur*, dans lesquels les sujets se comportent d'une façon assez régulière, mais sans qu'on constate la moindre activité aperceptive ou volutionnelle. On peut parfois inférer de leurs propos

qu'ils ont des troubles sensoriels. Les sujets sont prostrés ; les quelques paroles qu'ils prononcent sont presque toujours des bribes incohérentes, confuses; on constate parfois de la verbigération ; mais souvent aussi il y a du mutisme. Quelques-uns refusent la nourriture, d'autres se laissent ingurgiter leur repas. On observe parfois de la catalepsie, de la suggestibilité. De brusques explosions d'agitation ne sont pas rares. A leur suite, il subsiste de l'amnésie.

Ordinairement, deux ou plusieurs attaques sont reliées par des états crépusculaires de la conscience pendant lesquels les malades peuvent encore commettre des actes absurdes. Par exemple, un paysan prononçait, entre deux attaques convulsives, dont la dernière était accompagnée d'une crise d'excitation formidable, une véritable oraison funèbre, dans laquelle il mêlait des tirades latines à des phrases incohérentes et à des invocations incompréhensibles.

Même pendant le sommeil, il peut se produire non seulement des attaques convulsives, mais encore des *actes inconscients*, de véritables crises de *somnambulisme* ; le malade parle pendant son sommeil, se lève, se promène, grimpe même quelquefois sur le toit avec une surprenante sécurité, qui s'explique par ce fait qu'il n'est pas gêné par l'idée du danger qu'il aurait s'il était éveillé. Certains sujets, plongés dans cet état de somnambulisme épileptique, ont même accompli des actes en apparence logiques, comme d'écrire des lettres ou de composer des discours qui ne sont pas sans avoir quelque sens. On réveille ordinairement les épileptiques en somnambulisme en les appelant par leur nom, ou en les aspergeant d'eau froide; après quoi ils se plaignent généralement de lassitude, mais sans se souvenir de rien.

Il n'est pas rare d'observer aussi des *actes instinctifs et impulsifs*, sans que la conscience soit supprimée, ou même diminuée sensiblement. Les épileptiques, qui, même en dehors des attaques, sont presque toujours en mauvaise humeur, accomplissent parfois machinalement un acte quelconque absolument comme s'ils étaient dans un de leurs états crépusculaires de la conscience. Ces actes se caractérisent par leur soudaineté, leur violence et leur brutalité. Un malade se rendit en courant dans un café et plongea son couteau dans le ventre d'un consommateur qui entrait. Un autre, qui se suicida en se coupant le cou, se trancha

la trachée, l'œsophage et les carotides jusqu'à ce que le couteau arrivât à la colonne vertébrale. De cette même manière impulsive, les sujets de cette catégorie commettent des incendies, des attentats à la pudeur, des viols. On a désigné ces sortes d'accès d'excitation soudaine et passagère sous le nom de *manie* ou de *folie transitoire*.

Un des actes qu'on observe le plus souvent est la tendance aux *fugues* [à l'*automatisme ambulatoire*]. Les malades deviennent inquiets, ne peuvent plus s'asseoir, ni rester chez eux ; ils se mettent à courir pendant des heures dans les rues ou hors de la ville ; d'autres sont pris pendant des semaines entières de cette envie morbide de voyager, d'une véritable *poriomanie* (Schultze).

C'est ce qui explique que parmi les vagabonds on trouve dans une proportion considérable des épileptiques errant à l'aventure. Il est arrivé à plus d'un d'entre eux de périr victimes de leurs fugues pendant des nuits d'hiver.

[Ce qui caractérise ces crises d'*automatisme ambulatoire*, c'est la soudaineté du départ, le besoin instinctif, inconscient et irrésistible de marcher, l'absence de tout but, la perte totale du souvenir de la fugue.]

Un autre acte instinctif et impulsif, assez souvent observé chez les épileptiques typiques, est l'absorption irrésistible de quantités énormes de boissons enivrantes.

Souvent ces malades sont poussés à absorber, pendant des jours et des nuits, verres sur verres, non seulement des liqueurs alcooliques ordinaires, mais encore de l'eau de Cologne, de l'alcool à brûler, parfois même du vinaigre, du pétrole, de l'éther, du chloral.

Ce penchant à boire des liquides qui enivrent est d'autant plus dangereux que les épileptiques présentent le plus souvent, à l'égard de l'alcool, une grande intolérance ; il suffit parfois d'un léger excès, voire même de quelques verres de bière, pour provoquer chez eux soit une violente attaque convulsive, soit des états crépusculaires de la conscience, soit encore et surtout des accès d'*ivresse pathologique*, au cours desquels la faculté de compréhension s'évanouit rapidement, en même temps qu'il se produit une excitation avec actes de violence, illusions et hallucinations.

[Féré a décrit plusieurs cas de *fringales* chez des épileptiques qui dévoraient des quantités invraisemblables d'aliments.]

A côté de ces manifestations pathologiques procédant

par crises, il faut maintenant jeter un coup d'œil sur les troubles *permanents* caractérisant l'*état mental* des épileptiques. Beaucoup d'entre eux ne présentent aucun affaiblissement intellectuel. Quelques épileptiques ont même produit des œuvres intellectuelles de premier ordre. Néanmoins, même dans ces cas favorables, on constate assez souvent une altération de la personnalité psychique, constituant ce qu'on a appelé le *caractère épileptique.*

Les sujets atteints du mal comitial sont généralement des égoïstes, non pas, il est vrai, à la manière des hystériques, pour qui tous les moyens sont bons du moment qu'ils servent leur vanité, mais bien plutôt en ce qu'ils se désintéressent de tout ce qui est en dehors d'eux pour ne s'occuper exclusivement que de leur état. Extrêmement contents d'eux-mêmes, ils vivent volontiers dans la solitude. Dans les intervalles de leurs crises, ils ont souvent conscience de leur état morbide, et cependant ils restent ordinairement pleins d'espoir, même en présence des progrès incessants de leur affection nerveuse.

Les épileptiques se surveillent et observent leur état maladif avec attention. Les idées religieuses jouent souvent chez eux un grand rôle. Ils se considèrent volontiers comme étant sous une protection particulière et ils ont souvent le nom de Dieu à la bouche. On remarque chez eux une certaine gravité mêlée de lourdeur et de pédantisme. Ils exécutent péniblement, lentement et avec une patience infinie leur travail professionnel. Il n'y a rien d'insignifiant pour les épileptiques ; ils vont jusqu'à copier la moindre lettre qu'ils reçoivent, et ils mettent un soin méticuleux aux choses les plus indifférentes. Leur habitus extérieur est généralement strictement correct : ils soignent leur toilette, se font ordinairement une raie aux cheveux et même à la barbe ; ils ont souvent une attitude compassée et cérémonieuse. Dans leurs récits, ils sont prolixes, diffus, filandreux, ne savent pas distinguer ce qui est essentiel de ce qui ne l'est pas ; ils développent toutes sortes de points accessoires, et pourtant ne perdent point le fil principal du récit, comme cela arrive, par exemple, dans la manie, par suite de la fuite des idées. L'état cœnesthétique est inégal, sujet à des explosions, susceptible ; souvent aussi, ces malades ont des idées singulières qu'ils exécutent avec opiniâtreté. Malgré toutes leurs manières polies et bien élevées, ils ne sont pas capables de se placer au point de

vue des intérêts d'autrui; assez souvent ils manquent complètement de reconnaissance et de confiance.

Chez plus de la moitié des épileptiques se développe, au cours de leur affection, un *affaiblissement intellectuel* plus ou moins accusé. La compréhension diminue, le temps de toutes les réactions intellectuelles s'allonge, la sphère des intérêts se rétrécit de plus en plus, tout ce qui ne touche pas au « moi » échappe à l'attention de l'épileptique. La mémoire aussi diminue progressivement. L'humeur est déprimée et excitable. Les actes immoraux ne sont pas rares. L'affaiblissement intellectuel peut atteindre un degré très avancé. La démence est d'autant plus profonde que l'épilepsie survient à un âge moins avancé de la vie, et que les attaques convulsives deviennent plus violentes et plus fréquentes. D'ordinaire, on constate un tremblement des mains et de la langue. Dans les cas les plus graves, les malades ne peuvent plus parler, ni articuler nettement; ils ne font que balbutier ou bégayer. Une apathie complète se produit; en outre, surviennent le gâtisme, des contractures, en un mot un état semblable à ceux qu'on constate parfois dans les formes les plus graves de l'idiotie.

Quelquefois se développent aussi des *idées délirantes* assez *systématisées* accompagnées dans quelques cas d'hallucinations; des idées de persécution, ayant parfois un caractère sexuel, des idées de grandeur; on a donné à ces délires le nom de *paranoïa à base épileptique* (Buchholtz).

La main de l'épileptique, en dehors de toute crise comitiale d'ordre moteur ou psychique, présente souvent des secousses involontaires, convulsives (Sommer). De plus, il existe un tremblement des mains, d'intensité variable. Les réflexes rotuliens sont généralement exagérés.

Évolution de l'épilepsie.

Les manifestations que nous venons de décrire peuvent alterner ou se combiner de la manière la plus variée les unes avec les autres et déterminer la forme de l'épilepsie dont le sujet sera atteint pendant toute la durée de sa vie. Il y a des épileptiques qui ne présentent que de graves attaques convulsives, survenant périodiquement avec une régularité parfois extraordinaire : tous les deux ou trois jours, toutes les deux ou trois semaines ou tous les deux ou trois mois, sans que d'autres accidents sur-

viennent ; tout au plus constate-t-on l'altération du caractère qui se manifeste progressivement. La fréquence des attaques varie, elle aussi, dans des proportions considérables. Chez quelques malades, elles ne surviennent que tous les deux ans ; chez d'autres, deux ou trois fois seulement pendant toute la vie ; chez beaucoup, en revanche, nous les voyons survenir tous les jours ; et chez une jeune fille, à l'asile de Stettin, on a pu observer, dans l'espace de seize mois, jusqu'à 16 832 attaques.



Fig. 79. — Épileptique avec front proéminent ; attaques convulsives ; états crépusculaires de la conscience.

Les autres manifestations comitiales peuvent s'y adjoindre de diverses manières, soit comme phénomène initial ou terminal d'une attaque convulsive, soit aussi à titre de phénomène équivalent venant à l'époque déterminée remplacer l'attaque convulsive. Le sujet représenté par la figure 79, avait, par exemple, des attaques convulsives qui alternaient avec des crises crépusculaires de la conscience. Aussi appelle-t-on ces accidents de remplacement des *équivalents* d'une attaque convulsive. Chez bon nombre des comitiaux, les attaques convulsives sont plus rares que les autres manifestations morbides de leur psycho-névrose.

Les *psychoses épileptiques*, dans le sens étroit de ce terme, c'est-à-dire les *états crépusculaires de la conscience,* les *délires,* la *stupeur,* ne se manifestent que chez un nombre relativement faible des comitiaux. Mais il en existe beaucoup qui n'ont pas d'attaques classiques et qui présentent seulement le « petit mal », ainsi que des accidents psychiques soit ensemble, soit isolément, et cela avec une certaine périodicité. En particulier, les crises de colère ou de mauvaise humeur épileptiques, qu'on néglige facilement dans une observation superficielle, complètent souvent la périodicité des accidents morbides plus frappants, qui ne semblent ainsi se produire que par fragments en apparence irrégulièrement espacés.



Fig. 80. — Épilepsie. — Tenue extérieure correcte, Attaques convulsives ; accès de colère et de mauvaise humeur; poriomanie ; états crépusculaires de la conscience.

Seule l'expérience clinique démontre bien la variété de diverses manifestations de l'épilepsie au cours de son évolution chez le même sujet. Dans l'ordre de fréquence viennent : les *états crépusculaires de la conscience*, les *délires*, les *accès d'excitation à forme impulsive*, la *poriomanie* ou la manie des pérégrinations, les *crises de colère* et de *mauvaise humeur*, les *illusions du souvenir*, l'*intolérance pour l'alcool*, la *démence terminale*. Les figures 80, 81, 82, 83 présentent des épileptiques atteints de ces accidents comitiaux, isolés ou combinés. Mais de ce que les manifestations comitiales sont nombreuses et très variées, il ne s'ensuit nullement qu'on doive admettre la doctrine de certains criminalistes psychologues, comme

Lombroso, qui *a priori* considèrent comme épileptiques tous les états d'excitation impulsive se produisant subitement et spontanément, sans être accompagnés d'autres symptômes comitiaux.

Jusqu'à présent, les études faites sur les états épileptiques les représentent dans leur ensemble comme faisant tous partie d'une seule maladie, l'*épilepsie essentielle, congénitale.* A côté, il existe toute une série d'états épileptoïdes qui ont une signification *symptomatique* indépendante de l'épilepsie essentielle et qui sont en rapport principalement avec une *intoxication* ou une *lésion organique* du cerveau.



Fig. 81. — Épilepsie avec état crépusculaire de la conscience; attaques comitiales.

Dans les lésions cérébrales telles que : tumeur, abcès, contusion, hydrocéphalie, des attaques épileptiques peuvent en effet se joindre aux autres symptômes qui caractérisent ces affections. En outre, des foyers cicatrisés et complètement guéris de l'écorce cérébrale peuvent aussi provoquer des attaques épileptiques. On connaît les attaques de l'*épilepsie jacksonienne* qui se produisent à l'occasion de lésions ayant leur siège dans les circonvolutions psychomotrices. Ces attaques se manifestent d'abord par des convulsions cloniques dans les groupes de muscles correspondant au siège de la lésion ; puis, ces convulsions s'étendent aux muscles correspondant aux centres moteurs environnants, de sorte que les convulsions passent de la face au bras et à la jambe, ou réciproquement. Dans des lésions localisées du système nerveux périphérique, on a également observé des attaques épileptiformes constituant ce qu'on appelle l'*épilepsie réflexe.*

On trouve en outre, dans un certain nombre d'affections mentales, comme la paralysie générale, la démence précoce, la démence par artériosclérose cérébrale, des attaques

épileptiformes survenant à titre de symptômes d'une lésion de l'écorce cérébrale.

Au cours du jeune âge, de graves maladies infectieuses peuvent produire des lésions cérébrales organiques et, consécutivement, une véritable épilepsie. Mais, même à un âge avancé, un facteur toxique provoque souvent des accidents épileptiques, notamment des attaques. Cela s'observe parfois dans l'urémie, dans l'intoxication



Fig. 82. — Épilepsie avec accès périodiques de colère et de mauvaise humeur; crises d'excitation ; front large; arcades zygomatiques proéminentes; expression sombre.

saturnine et fréquemment sous l'influence des abus alcooliques.

L'*alcoolisme* a bien des rapports avec l'épilepsie. Nous parlerons plus loin de l'influence de l'alcoolisme héréditaire sur la production de l'épilepsie. L'abus de boissons peut, chez un individu, d'ailleurs nullement prédisposé à l'épilepsie, produire des accidents comitiaux, surtout des attaques convulsives. En outre, les individus atteints d'épilepsie congénitale sont intolérants pour l'alcool; l'usage même de petites quantités de cette substance devient chez eux une cause d'accidents graves, comme l'ivresse pathologique, les états crépusculaires de la conscience, les actes impulsifs. Nous avons déjà signalé qu'un

assez grand nombre d'épileptiques sont sujets d'une façon périodique au penchant d'absorber de grandes quantités de spiritueux. De temps en temps on observe aussi une faim, des *fringales* de nature impulsive [Féré], dont la satisfaction présente moins d'inconvénients. Il faut mentionner aussi la *dipsomanie*, qui trouve son explication la plus juste quand on l'envisage comme une manifestation de nature épileptique.

[La *dipsomanie* est considérée par la plupart des auteurs français comme une manifestation épisodique de la dégénérescence mentale héréditaire (Magnan). On verra plus loin l'opinion différente d'un certain nombre d'aliénistes allemands.]



Fig. 83. — Épilepsie avec démence. Front bas, arcades zygomatiques trop saillantes; nez large, épaté; lèvres épaisses.

Il y a déjà longtemps qu'on a remarqué qu'à côté de l'ivrognerie permanente il existe une *ivrognerie intermittente* se produisant par accès périodiques. Des individus ordinairement très sobres sont de temps en temps envahis par un désir irrésistible d'absorber des boissons alcooliques, désir auquel ils finissent par céder d'une manière inconsciente pendant un certain nombre de jours; après quoi ils reviennent à eux et reprennent une vie régulière. C'est ce qu'on appelle en Allemagne les *buveurs trimestriels*. Beaucoup d'aliénistes n'ont vu là qu'une forme de l'alcoolisme. Magnan considère la dipsomanie comme un syndrome épisodique de la dégénérescence; mais pour Kraepelin, Aschaffenburg et Gaupp, ce syndrome ne serait qu'une variété de l'épilepsie.

Dans les formes typiques, observées chez des sujets absolument sobres et rangés, comme c'est le cas du sujet représenté par la figure 84, on voit survenir par moments, sans

cause apparente, un changement d'humeur. Les individus deviennent tristes, excitables, facilement contrariés, fatigués de la vie, mal à l'aise. Ils sont poussés à sortir de chez eux et d'ordinaire ils cherchent un allégement à cet état moral dans l'absorption de l'alcool. Parfois l'abattement se manifeste après la consommation d'une petite quantité d'alcool. Le dipsomane emploie sans scrupules tous les moyens lui permettant de satisfaire sa passion momentanée :

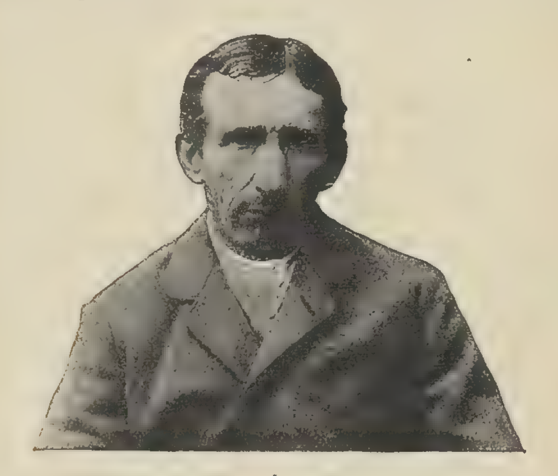


Fig. 84. — Dipsomanie. État cœnesthétique triste.

il prend l'argent où il peut, en extorque à sa famille, engage et vend tout ce qu'il possède ; on a vu des femmes dans cette situation se prostituer pour une bouteille de vin. Le malade va sans relâche d'auberge en auberge et absorbe verre sur verre, du vin, de la bière, de l'eau-de-vie, parfois aussi de l'éther ; tout cela sans que se produise l'effet égayant, tant recherché, de l'alcool. Un malade d'Esquirol but en un seul jour cent soixante-quatorze verres d'eau-de-vie. Le dipsomane ne devient ni gai, ni communicatif, ni sociable, mais il reste assis à l'écart, sans parler, se cache même souvent, refuse brutalement de se mêler aux conversations. Généralement, l'état ordinaire d'ivresse ne se produit pas. Quelques dipsomanes commettent des actes immoraux d'une façon impulsive. L'accès cesse après quel-

ques jours ou quelques semaines; il est souvent suivi d'un trouble plus ou moins accusé du souvenir. Puis on constate aussi des symptômes de l'intoxication alcoolique : embarras gastro-intestinal, sueurs, tremblements, langue épaisse, saburrale. Assez fréquemment le caractère du malade subit une profonde altération; il devient comme tous les épileptiques : égoïste, suffisant, grincheux, pédant, suggestible. Si l'on réussit à empêcher le dipsomane de boire, en l'internant, par exemple, pour un certain temps dans un asile, les excès alcooliques périodiques sont remplacés par des crises intermittentes de colère ou de mauvaise humeur, qui correspondent tout à fait aux crises du même genre observées chez les épileptiques.

Gaupp fait remarquer que chez beaucoup d'épileptiques avérés, outre les convulsions, les absences, les vertiges avec états crépusculaires de la conscience et les ivresses pathologiques, on constate aussi des accès de dipsomanie. Il remarque encore que les crises périodiques de mauvaise humeur constituent chez la plupart des épileptiques un signe essentiel de leur état comitial. Il fait ressortir que ces épileptiques, chez lesquels les accès d'ivrognerie se joignent à des symptômes avérés d'épilepsie, sont reliés, par toute une série continue de cas intermédiaires, à ceux qui, ayant peu d'accidents, présentent pourtant des crises régulières de mauvaise humeur. De même, il existe pour Gaupp un lien naturel entre les épileptiques et les dipsomanes proprement dits, chez lesquels les autres manifestations comitiales manquent complètement et qui ne présentent que des accès périodiques de colère et de besoin irrésistible de boire.

Diagnostic. — En présence des *attaques convulsives* et des *absences*, il faut savoir distinguer l'épilepsie *vraie* des manifestations épileptiformes *symptomatiques*. A ces dernières appartiennent les attaques convulsives d'origine *toxique*, par exemple, saturnine ou alcoolique; les attaques provoquées par des *lésions organiques du cerveau*; enfin, les attaques d'*épilepsie réflexe*. Il se produit également des ictus épileptiformes, des convulsions, des absences et des vertiges dans la *paralysie générale* ou la *démence précoce*. Nous avons parlé au chapitre XIV des caractères qui distinguent les accidents *hystériques* de ceux qui sont de nature épileptique.

Dans le diagnostic des crises de *colère* et de *mauvaise*

humeur d'origine comitiale, il faut exclure les diverses causes morales susceptibles de les provoquer, de même que les états de dépression de longue durée que l'on observe dans la mélancolie, la folie intermittente, la démence précoce, dans les diverses formes de la folie des dégénérés. La *périodicité* constitue un élément de première importance pour le diagnostic des accès de mauvaise humeur d'origine épileptique.

Le diagnostic différentiel de diverses variétés de la *folie épileptique* proprement dite, qui se caractérisent par des troubles de la conscience, de l'amnésie consécutive et par des illusions ou hallucinations spéciales, doit être fait avec les *états crépusculaires d'origine hystérique*; les états d'agitation, souvent accompagnés de négativisme, de la *démence précoce* ; la *confusion mentale* ou l'*amentia*, et les divers délires dus à l'*alcoolisme*, à l'*épuisement*, aux *fièvres*.

Dans le diagnostic différentiel de la *démence épileptique*, il faut s'attacher à bien établir les particularités du caractère du sujet et éliminer la *démence précoce*, en constatant l'absence du négativisme, des attitudes maniérées et des tics qui caractérisent cette dernière affection. On doit, en outre, éliminer l'*imbécillité* ou l'*idiotie* congénitales.

Certains cas dans lesquels il existe, dès les premières années de la vie, de l'hémiparésie, des attaques épileptiques et de l'idiotie pourraient être également et à bon droit rattachés à l'épilepsie ; cependant, étant donné l'arrêt profond du développement intellectuel, occasionné par la précoce apparition de ces divers troubles, on est autorisé à les ranger sous la rubrique de la faiblesse intellectuelle congénitale.

Les *dipsomanes* se distinguent des *alcooliques* ordinaires par la périodicité de leur besoin irrésistible de boire et de leurs accès de colère ou de mauvaise humeur ; par leur attitude insociable et violente pendant les crises de dipsomanie. On ne confondra pas cette dernière avec la tendance aux excès de boisson, se déclarant quelquefois aux *époques de la menstruation*, au début de la *manie*, de la *paralysie générale* ou de la *démence précoce*; de même, il n'existe aucun rapport entre la dipsomanie et les envies de boire des *femmes enceintes*, les excès fréquents résultant de toute sorte d'occasions, comme les jours de fête ou de paye.

Anatomie pathologique. — Nous ne parlerons pas ici de l'épilepsie symptomatique.

Dans l'*épilepsie essentielle*, Wildermuth a trouvé des *lésions circonscrites*, des *cicatrices polio-encéphaliques* dans 13,3 p. 100 des cas.

Pourtant, on a constaté aussi dans cette même forme d'épilepsie une *lésion diffuse* de l'écorce cérébrale. Il s'agit alors d'altérations vasculaires, de développement exagéré de la névroglie, de même que de diverses lésions cellulaires. Weber a trouvé chez des sujets morts pendant l'attaque comitiale ou pendant un état crépusculaire de la conscience des hémorragies et des œdèmes cérébraux.

Chez des épileptiques morts peu de temps après des crises répétées, le même auteur a trouvé une prolifération de la névroglie avec de nombreuses cellules araignées, de même qu'un épaississement des parois vasculaires. Dans les cas de démence épileptique, Weber a pu constater une forte prolifération de la névroglie avec formation fibreuse particulièrement abondante, un épaississement des parois des vaisseaux et une disparition de cellules nobles. La corne d'Ammon est fréquemment altérée, et cela le plus souvent d'un seul côté. Bratz y a trouvé, chez 50 p. 100 d'épileptiques, des lésions scléreuses, de l'atrophie et de la pigmentation cellulaire. Marinesco signale, entre autres lésions des cellules pyramidales, le déplacement de leurs noyaux vers la périphérie, une dissolution de leur chromatine, une diminution et une atrophie de leurs prolongements. Parmi les diverses lésions des cellules nerveuses, il y a encore à mentionner l'absorption du corps de la cellule nerveuse par des cellules de la névroglie qui s'y infiltrent (Voy. pl. XIX, fig. 5 et 6). D'autre part, la disposition de diverses couches cellulaires qui composent l'écorce corticale est parfois modifiée.

[On a signalé chez des épileptiques un grand nombre de lésions nerveuses. Indépendamment de celles citées par Weygandt, rappelons que Duguet a décrit en 1865 des indurations du cervelet; Bourneville, J. Voisin ont mentionné la méningo-encéphalite lente ; Barthez et Rilliet, Bourneville et Brissaud ont signalé la sclérose hypertrophique ; Chaslin, en 1889, a décrit la sclérose névroglique; Marinesco et Sérieux ont insisté sur les lésions interstitielles et vasculaires, tout en considérant comme insuffi-

samment démontrée la sclérose névroglique pure décrite par l'auteur précédent.]

Pronostic. — La vie du comitial est menacée par des accidents qui peuvent lui arriver au cours des états crépusculaires et des attaques convulsives ; elle peut être menacée directement par suite d'attaques trop accumulées comme dans l'état de mal épileptique. Les attaques répétées et l'état de mal sont, d'après Wildermuth, la cause de la mort dans 50 p. 100 des cas, et cela, la plupart du temps, par asphyxie.

Le problème de la curabilité de l'épilepsie est encore très incertain.

Après des années et même des dizaines d'années d'absence de tout accident comitial, il peut se faire qu'une attaque convulsive survienne de nouveau.

Pratiquement, on peut considérer comme guéris les cas où, pendant des années, on ne constate aucun symptôme. C'est en se guidant par ces considérations que Habermaas, de l'asile de Stetten, a pu établir, au point de vue du pronostic, les proportions suivantes : curables, 10,3 p. 100 ; restant à l'abri de la démence, 17,3 p. 100 ; conservant les aptitudes complètes pour exercer un métier, 21 p. 100 ; conservant des aptitudes partielles pour le travail, 30 p. 100 ; incapables de travailler, 49 p. 100 ; gravement atteints et menacés de mort, 60 p. 100.

La durée moyenne de la vie des épileptiques est de vingt-cinq ans environ.

La démence épileptique comporte un pronostic très grave, surtout si les accidents comitiaux, et en particulier les attaques convulsives, commencent dans l'enfance et si ces dernières sont très fréquentes, violentes et procèdent par séries. Pourtant, même dans les cas d'épilepsie débutant à l'âge adulte, la démence peut se déclarer et faire de très rapides progrès. La guérison de la démence épileptique est exceptionnelle.

Cause et nature. — Chez près des neuf dixièmes des malades atteints d'épilepsie congénitale, on peut établir l'existence d'une *hérédité morbide*. Dans plus d'un quart des cas, il s'agit d'une *hérédité similaire*. Beaucoup de parents d'épileptiques présentaient d'autres psychoses, ou bien ont eu des convulsions infantiles. Dans un quart des cas il y avait comme cause principale l'*alcoolisme des parents*. Il est à noter qu'un tiers des enfants

d'alcooliques et la moitié des enfants d'épileptiques sont atteints de convulsions. En faveur de l'origine constitutionnelle de l'épilepsie plaident aussi, d'une part, les divers stigmates de dégénérescence (par exemple ceux représentés par la figure 1) qu'on trouve souvent chez les comitiaux ; et, d'autre part, l'apparition précoce de la maladie, qui, dans plus de 10 p. 100 des cas, s'établit dans les dix premières années de la vie. Certains auteurs tendent à considérer l'éclampsie infantile comme étant aussi de nature épileptique. Chez presque un tiers des individus appelés à devenir plus tard épileptiques, on peut constater dans leurs antécédents l'existence des convulsions dès les premières années de leur vie. Très fréquemment, une épilepsie débutant à la période de l'adolescence se rattache à une polioencéphalite de la première enfance.

Il n'est pas rare, en outre, de constater dans le passé du malade l'existence d'un traumatisme cranien ou autre, d'une maladie infectieuse [P. Marie], comme la scarlatine, la fièvre typhoïde, la coqueluche, la variole, la syphilis, ou d'une émotion violente, toutes circonstances indiquées souvent par l'entourage comme étant la cause de l'épilepsie. Mais il s'agit ici, au fond, de causes occasionnelles, qui déterminent l'explosion d'une prédisposition latente.

On doit considérer l'*abus de l'alcool* comme le plus important de tous ces facteurs [Charcot, Magnan].

Les questions relatives au siège des convulsions et à la périodicité des attaques sont particulièrement importantes à étudier au point de vue pathogénique.

Kussmaul a pu provoquer des attaques épileptiformes chez l'animal, après l'ablation de l'écorce cérébrale. Nothnagel a déterminé des convulsions en faisant une piqûre dans le segment antérieur de la fosse rhomboïde [théorie bulbaire de Marshall Hall et de Nothnagel]. On construisit sur cette expérience la théorie de l'origine bulbaire de l'attaque épileptique.

De son côté, Hitzig [avec Fritsch, Ferrier] démontra que des attaques du même genre peuvent être produites par une excitation électrique et par l'extirpation de régions motrices de l'écorce, tandis que Unverricht considérait la présence de l'écorce cérébrale comme nécessaire pour la formation et le développement des attaques [théorie corticale]. Ewald trouva que les attaques convulsives qu'il pouvait provoquer par une excitation d'un point de l'écorce

chez le chien cessaient aussitôt qu'il avait isolé ce point par un cylindre de verre. Binswanger et Ziehen admettent que les convulsions toniques généralisées de l'attaque comitiale sont dues à une irritation d'origine subcorticale. Cette dernière opinion étant admise, la base essentiellement corticale des symptômes épileptiques est incontestable. Ce qui corrobore cette assertion, c'est ce fait qu'à presque chaque symptôme comitial correspondent des altérations cliniquement constatables de la conscience ; c'est donc que les troubles de la conscience sont intimement liés à la plupart des symptômes de l'épilepsie. Il n'y a tout au plus que les attaques très rares de parésie purement motrice qui ne s'accompagnent pas d'altérations psychiques ; mais, dans tous les cas, il faut admettre que l'écorce cérébrale est le substratum de ces attaques, comme en général celui de tous les phénomènes psychiques. D'autre part, comme nous l'avons mentionné plus haut, nous constatons, à l'autopsie de certains épileptiques, de fortes altérations diffuses de l'écorce cérébrale, altérations qui, partant de la périphérie, pénètrent plus ou moins dans la profondeur de l'organe. Pour expliquer les symptômes comitiaux, d'ordre moteur, surtout les convulsions cloniques, il faut admettre des altérations des régions motrices de l'écorce cérébrale, en particulier de la région des cellules de Beetz, au niveau de la circonvolution centrale antérieure.

Étant donné, comme nous l'avons expliqué plus haut, que toutes les manifestations épileptiques supposent une prédisposition maladive de certaines régions du cerveau, il ne nous reste pas moins encore à chercher la cause de la périodicité des symptômes comitiaux. Cette cause semble venir de l'organisme lui-même ; elle paraît être endogène.

Les doutes sur l'existence chez les épileptiques d'une auto-intoxication cérébrale périodique due à un trouble intermittent dans les échanges disparaissent de plus en plus. Les diverses expériences tendant à démontrer la présence des poisons chez ces malades rendent cependant encore très incertaine l'hypothèse de l'auto-intoxication, surtout en ce qui concerne l'explication de la périodicité des crises.

Cette périodicité trouve plutôt sa raison d'être dans les analogies que présentent d'autres processus intermittents d'ordre physiologique qui ont lieu dans le sommeil, la

veille, la menstruation. Sur la périodicité pathologique, voy. le chapitre XVI.

[L'excitabilité morbide des centres corticaux, conformément à la théorie de Fritsch, Hitzig et Ferrier, explique suffisamment bien toutes les manifestations sensorielles et motrices de l'épilepsie. Sous quelle influence se produit l'excitation ? Les intoxications et les infections semblent jouer là un certain rôle, si l'on se rapporte aux recherches de J. Voisin, Péron, Petit, Combemale, Bué. La convulsion tonique serait le fait de l'excitation primitive d'un centre cortical sous l'influence d'un facteur toxique, tandis que la convulsion clonique serait la conséquence de l'épuisement nerveux, conformément à l'opinion de François Frank, Féré, Marinesco, Sérieux.]

Traitement. — Il n'est peut-être pas un seul médicament, ou moyen thérapeutique quelconque qui n'aient été essayés contre l'épilepsie.

Au point de vue *prophylactique*, l'abstinence absolue de l'alcool doit être conseillée à tous les enfants dont l'hérédité morbide les menace du mal comitial.

Dans l'*épilepsie symptomatique*, il s'agit de combattre la maladie causale. On a pu obtenir, en pareil cas, des résultats favorables par des *interventions chirurgicales* sur le crâne ayant pour but l'ablation des tumeurs, d'esquilles ou des cicatrices. Dans quelques cas, on a aussi favorablement influencé l'évolution de l'épilepsie par la *trépanation* sans trouver aucune lésion macroscopique. Nous considérons comme tout à fait inutile, et n'offrant aucune chance de succès, les interventions, telles que la ligature de la carotide ou de l'artère vertébrale, l'excision du ganglion sympathique supérieur, la trachéotomie.

Pour augmenter la résistance du sujet contre les accidents épileptiques, il est bon de fortifier son organisme d'une manière générale, et surtout de régulariser l'activité de son cœur et de ses organes digestifs.

La plupart du temps, on a recours à un *traitement médicamenteux*.

Depuis cinquante ans, les *préparations bromurées* sont en vogue : bromure de potassium ou de sodium, ou le mélange de trois bromures [Charcot, A. Voisin], ou les bromures effervescents. La dose est de 3 à 9 grammes par jour, en trois fois. [Raymond préfère donner une dose

unique que le malade prend le soir en se couchant.] Chez beaucoup de malades soumis à cette médication, il survient peu à peu du *bromisme*, se caractérisant par de l'acné, des troubles de l'appétit et de la digestion, une diminution des réflexes tendineux, un affaiblissement de la mémoire et même quelquefois une insuffisance du cœur et des reins. On combat ces états par des médicaments stomachiques, par l'arsenic. En outre, on peut encore essayer les préparations remplaçant les bromures, comme la *bromaline* à la dose de 4 à 10 grammes par jour. Un autre succédané des bromures est la *bromipine*, mélange de brome et d'huile de sésame (1/10 ou 1/2) ; ce médicament peut se prendre facilement en capsules de gélatine, à la dose de trois à six capsules par jour contenant chacune environ 2 grammes de la mixture à 33 p. 100. D'après Landenheimer, il se forme dans l'organisme, le plus souvent dans le sang et dans la lymphe, un dépôt de brome, dont la quantité détermine l'effet du médicament. Les individus pauvres en chlorures, comme les anémiques et les cachectiques, retiennent dans leur organisme trop de bromures aux dépens des chlorures, de sorte que chez eux le danger du bromisme est plus grand ; contre cette forme de bromisme, l'absorption quotidienne d'une dose déterminée de sel de cuisine peut être efficace.

Même après la cessation des attaques épileptiques au cours d'un traitement bromuré, il y a lieu de ne pas interrompre cette médication pendant un an au moins, tout en prescrivant des doses de moins en moins fortes. Autant que possible, il est préférable de continuer à donner du bromure en petite quantité, encore pendant une deuxième année. On recommande l'emploi aussi prolongé que possible des bromures dans l'éclampsie infantile.

L'effet de cette médication est souvent très favorable ; mais parfois il reste nul et même, dans quelques cas, on a observé une recrudescence des attaques après l'usage des bromures. Le traitement par les bromures doit toujours se faire sous la surveillance du médecin.

La médication par les *bromures et l'opium*, proposée par Flechsig, a tout au plus permis d'obtenir quelques résultats favorables dans des cas anciens. On commence par donner trois fois par jour $0^{gr},02$ d'opium et l'on augmente lentement la dose jusqu'à ce que, dans l'espace de six ou sept semaines, le malade arrive à prendre 1 gramme d'opium par

jour. Puis on remplace brusquement l'opium par 6 à 8 grammes de bromure.

Les autres médicaments recommandés contre l'épilepsie agissent d'une façon tout à fait incertaine. La *belladone* et l'*atropine* s'emploient parfois avec succès, combinées avec les bromures. On a aussi conseillé la *digitale* et l'*adonis*, l'*armoise*, la racine de *valériane*, l'*oxyde de zinc*, l'*acide osmique*, l'*osmiate de potassium*, l'*hydrate de chloral*, l'*hydrate d'amyle*, le *nitrate d'argent*, le *borax*, le *nitrite d'amyle*.

On ne doit, en aucun cas, compter exclusivement sur l'effet thérapeutique des bromures. Leur action utile ne se produit qu'à la condition d'un régime *diététique* convenable. Une régularité des plus strictes de la vie est ici absolument nécessaire. Il faut éviter tous les mets difficiles à digérer, les épices, le café, le thé, le tabac, et surtout l'alcool. Le pain ne doit être ni trop frais ni trop noir. Quelquefois on constate une importante amélioration après un *régime lacté absolu*.

[Personnellement, j'ai observé plusieurs cas d'épilepsie fortement améliorés par ce régime.

Richet et Toulouse ont signalé les résultats favorables obtenus par un régime alimentaire dans lequel le sel de cuisine est complètement éliminé. Ils s'efforcent de produire une *hypochloruration* de l'organisme de l'épileptique, afin de le rendre plus apte à profiter de l'action des bromures. Grâce à cette « méthode métatrophique », ils ont pu abaisser le nombre des attaques convulsives de 92 p. 100 et celui des vertiges de 70 p. 100, tandis que les états d'excitation ont été peu modifiés. Le régime qu'ils conseillent se compose principalement d'un litre à un litre et demi de lait par jour, de 40 à 50 grammes de beurre, de trois œufs sans sel, de fruits et de 3 à 400 grammes de pain blanc, qui, au lieu de chlorure de sodium, contient 3 grammes de bromure.]

Aux malades ayant des *auras* nettement caractérisées, on recommande, au moment où ces phénomènes s'annoncent, de respirer du *nitrite d'amyle* ou de prendre rapidement une dose de bromure; mais le plus souvent ces moyens sont inutiles, car l'attaque vient immédiatement après l'aura. Mais ce que les malades, en pareil cas, ont de mieux à faire, c'est de s'étendre au plus vite, avant que la crise se produise. Une fois les convulsions commencées,

les assistants ne peuvent que chercher à donner au malade une position couchée aussi commode que possible, à faciliter sa respiration et à le garantir contre les divers traumatismes qui pourraient se produire au cours de l'attaque.

Dans l'*état de mal épileptique*, on donne des lavements à l'*hydrate de chloral* ou à l'*hydrate d'amyle*; on emploie aussi une légère chloroformisation, et, parfois, on fait une phlébotomie.

Les épileptiques atteints d'un *état crépusculaire de la conscience*, de *délire* ou de *stupeur* doivent être placés dans un asile fermé. Les états d'excitation les plus graves qui se produisent dans les asiles d'aliénés s'observent généralement chez les épileptiques; quelquefois il est utile d'isoler le malade pour quelque temps dans une chambre capitonnée.

Il existe un certain nombre d'*asiles spéciaux* destinés à recevoir les sujets atteints d'épilepsie sous toutes ses formes. On y prend ordinairement un soin particulier pour coucher les malades tombant dans les attaques convulsives, et à cet effet se trouvent des matelas dans chaque pièce. Pour le reste, les asiles pour comitiaux ne diffèrent en rien des asiles d'aliénés. Les épileptiques atteints d'idiotie peuvent être un peu occupés dans les asiles pourvus d'une colonie agricole. Un certain nombre d'asiles pour idiots, imbéciles et débiles, reçoivent en outre des enfants atteints d'épilepsie. Dans les cas où il ne s'agit que d'attaques convulsives et d'états très passagers de troubles de la conscience, on peut éviter l'internement, mais les proches du malade doivent en pareil cas exercer autour de lui une surveillance très active. Les sujets épileptiques ne doivent jamais faire seuls de longues promenades, ni prendre seuls des bains. Quelquefois, le séjour dans un asile ouvert destiné aux affections nerveuses peut avoir sur eux une bonne influence. Des cures climatériques sont parfois utiles. On doit généralement déconseiller aux comitiaux une profession demandant une certaine responsabilité. Mais il est impossible de fixer à cet égard une règle générale; chaque cas doit être examiné individuellement.

Chez les *dipsomanes*, une abstention complète d'alcool est indispensable. De même, au début d'une crise de colère ou de mauvaise humeur épileptiques, il faut exercer une bonne surveillance sur le malade, lui donner aussitôt un

peu de bromure, d'opium ou de trional et, si possible, le transporter rapidement dans un établissement où il puisse être soumis à un traitement approprié.

Épilepsie au point de vue médico-légal.

L'*épilepsie* est certainement l'affection mentale la plus importante au point de vue médico-légal. Beaucoup de crimes sont commis par des comitiaux : vol, escroquerie, effraction, actes de violence, délits contre les mœurs, incendie, rébellion, outrages, désertion. Il est souvent très difficile de déterminer l'état mental de l'inculpé au moment de l'exécution de l'acte criminel. S'il s'agit d'un état crépusculaire de la conscience, de délire, ou d'une autre manifestation psychique analogue, l'appréciation est plus simple, surtout dans les délits qui sont commis immédiatement avant ou après une attaque convulsive.

L'appréciation devient plus incertaine quand l'acte incriminé est commis pendant une absence, un accès d'automatisme ambulatoire ou de fugue, une crise d'agitation, un état d'ivresse pathologique, un accès de colère ou de mauvaise humeur comitiales. Chose curieuse, des états de ce genre sont encore aujourd'hui assez souvent méconnus ou négligés. Le vulgaire comprend malaisément et se refuse à croire qu'on puisse déclarer comme irresponsable un individu qui, un moment avant ou après l'acte criminel, agissait d'une manière en apparence consciente et raisonnable. Or, il n'est pas rare de voir un épileptique exécuter pendant une absence, en dehors de tout délit ou crime, des actes inoffensifs, comme le calcul, l'écriture, la musique, sans conserver un instant après le moindre souvenir de ces divers actes. Il faut, en pareil cas, examiner soigneusement les symptômes dûment constatés et les comparer avec les états anormaux de la conscience qui ont été observés chez le même sujet pendant son séjour à l'asile. La soudaineté d'un acte, son exécution brusque, automatique, l'amnésie consécutive complète ou partielle sont, chez un épileptique avéré, autant d'indices en faveur d'un état pathologique. Parfois la période d'observation doit être très prolongée pour permettre d'établir le diagnostic d'épilepsie. Si les symptômes observés indiquent une crise comitiale motrice ou psychique survenue au moment précis où l'acte a été commis — cette cris

fût-elle abortive, — le malade doit être déclaré irresponsable. Au contraire, les sujets qui n'ont que des accès convulsifs et d'autres accidents périodiques sont responsables pour les délits commis par eux dans l'intervalle de ces accès. L'existence d'un caractère épileptique ne peut être considérée que comme une circonstance atténuante. Nous avons déjà parlé du peu de valeur que peut avoir le témoignage d'un comitial. Il est parfois nécessaire de prononcer l'interdiction des épileptiques déments, en état de mal, ou dipsomanes.

Note supplémentaire sur l'épilepsie.

Parmi les indigènes de Malacca et de l'archipel de Malaisie, on observe un trouble psychique appelé la *course d'Amok*. Le malade se met tout à coup à courir, en brandissant un poignard, à travers villes et villages, pénètre dans les maisons et frappe de son arme tous ceux qu'il rencontre sur son chemin ; souvent il tue ainsi une douzaine de personnes, jusqu'à ce qu'on l'enchaîne ou bien jusqu'à ce qu'il se suicide. Cette attaque a pour base un délire accompagné d'hallucinations visuelles : le malade voit noir et rouge ; des animaux, le diable lui apparaissent. En même temps, il est pris de vertiges. A la suite de l'attaque survient le sommeil suivi d'un état de stupeur qui dure plusieurs jours ; l'amnésie est la règle. Mais chez les Malais se produisent d'ailleurs, et cela même sans excitation préliminaire, des états dépressifs avec stupeur. Parfois l'attaque survient au cours d'une psychose. Mais assez souvent aussi la crise se produit spontanément et se rapproche alors le plus des états épileptiques. On indique comme causes occasionnelles de ces états : des émotions violentes, les fièvres, surtout la fièvre paludéenne.

XVI. — FOLIE INTERMITTENTE

[Folie à double forme (Baillarger) ; Folie circulaire (J.-P. Falret) ; Folie à formes alternes (Baillarger) ; Folie intermittente (Magnan) ; Folie périodique (G. Ballet).]

Il existe tout un groupe de troubles mentaux qui apparaissent chez le même sujet, tantôt sous la forme d'un accès d'*excitation*, tantôt sous celle d'un accès de *dépression*. Ces accès, dont le contraste est si frappant, guérissent

généralement, mais laissent après eux une disposition à de nouveaux accès. Chaque accès pris isolément peut se caractériser soit par de l'excitation seule, soit par de la dépression seule; ou bien, dans un seul et même accès, ces deux phases morbides peuvent se produire successivement et alternativement; ou bien, enfin, les symptômes d'une de ces phases peuvent se mêler à ceux de l'autre phase et constituer ainsi une seule forme. Les symptômes fondamentaux de la phase maniaque ou de la phase dépressive se caractérisent : 1° au point de vue *cœnesthétique*, par une disposition d'humeur excitée dans le premier cas, déprimée dans l'autre ; 2° au point de vue *psychomoteur*, par de la surexcitation motrice dans la phase maniaque et l'arrêt dans la phase opposée; 3° au point de vue *intellectuel*, par la fuite des idées dans la première phase et la suspension de tout processus d'association dans la phase dépressive. Il ne se produit pas de transformation de cette psychose périodique en d'autres troubles mentaux, c'est-à-dire que cette affection mentale n'engendre ni la paralysie générale, ni les psychoses d'épuisement, ni les processus démentiels, ni la paranoia.

Hippocrate fait déjà remarquer que les mélancoliques peuvent devenir des maniaques.

On établit souvent une distinction entre la manie simple et la manie périodique, comme entre la dépression simple et la dépression périodique. De même, on distingue les cas dans lesquels il existe une alternance régulière des états de dépression et d'agitation, c'est-à-dire la *folie circulaire*. Mais, comme il n'est pas possible de reconnaître, d'après l'examen de diverses formes isolées de ces états, si l'on se trouve en présence d'une manie ou d'une dépression simples ou d'une manie ou d'une dépression circulaires; comme, d'autre part, la nature congénitale et héréditaire de ces différents types morbides permet souvent de les ramener les uns et les autres à un grand groupe unique, il est préférable de les comprendre tous, d'après Kraepelin, sous la seule rubrique de la *folie intermittente* (manie-mélancolie).

[Au début de ce chapitre, il nous paraît important d'appeler immédiatement l'attention du lecteur sur un point de doctrine qui sépare les aliénistes allemands et français. Alors que la plupart des psychiâtres allemands considèrent la folie intermittente comme une des manifestations de la dégénérescence mentale héréditaire, beaucoup d'aliénistes

français, à l'exemple de Magnan, envisagent cette psychose comme tout à fait indépendante de la dégénérescence. Pour eux, les accès d'excitation maniaque et de dépression mélancolique de la folie intermittente doivent être totalement distingués, d'une part, des récidives de manie et de mélancolie *simples*, et, d'autre part, des accès maniaques ou mélancoliques à répétition qu'on constate chez les sujets entachés de dégénérescence mentale héréditaire.

Ainsi, d'après Gilbert Ballet (1), tout accès de manie ou de mélancolie simple est en général provoqué par des causes physiques ou morales qui agissent en raison de leur intensité ou de leur durée ; les accès symptomatiques de la folie périodique peuvent naître spontanément sans l'intervention d'aucune cause provocatrice apparente. Ces accès périodiques se développent d'une façon assez brusque sans être précédés, comme les accès de manie et de mélancolie simples, d'une période prodromique plus ou moins longue. Enfin, leur multiplicité est tout autre que celle de ces derniers, dont on compte rarement plus de deux ou trois au cours de l'existence, quand les hasards de l'étiologie en amènent la récidive.

Quant aux accès de mélancolie et de manie dégénérative, ils se développent sur un terrain spécial. Dans l'intervalle de ces accès, les malades présentent la débilité intellectuelle ou le déséquilibre mental qui caractérisent les dégénérés. Au contraire, dans la folie périodique, au moins dans les cas types, et durant les premiers temps de l'affection, l'intelligence du malade est normale dans l'intervalle des accès.]

Symptomatologie. — L'*aperception* [ou l'attention active] ne reste indemne que dans des cas légers. Lorsque l'excitation est très vive, cette faculté est atteinte par suite de l'impossibilité de plus en plus grande pour le malade de fixer son attention. Le sujet se trouve excité par les impressions les plus différentes, souvent même par la première bagatelle venue, sans qu'il soit capable d'en rien élaborer convenablement dans son esprit. Les idées aperceptives ne sont plus suffisamment étayées sur des images de souvenirs. Loin d'être augmentée, l'attention active, c'est-à-dire l'aperception, est plutôt affaiblie et dans un

(1) Gilbert Ballet, art. *Folie périodique,* in *Traité de médecine Charcot-Bouchard.* Paris, 1894, p. 1123.

état dit d'*hypoprosexie*. La liaison des éléments constitutifs de l'aperception est également plus relâchée qu'à l'état normal et rappelle ce qu'on observe dans l'excitation d'origine alcoolique. Dans la phase dépressive, la conception des éléments d'aperception est rendue très difficile.

Les *troubles sensoriels* ne sont pas fréquents; néanmoins, il se produit parfois des illusions, plus rarement des hallucinations. C'est précisément l'état fugace et incertain de la conception mentale qui favorise la production d'illusions. En raison d'une vague ressemblance, le sujet se trompe sur la personnalité de certains individus de son entourage. Un malade prenait le bruit de voitures pour un roulement de tambours; un autre, en état de dépression, croyait reconnaître des cornes dans les cheveux épais de son médecin. Störring a décrit des pseudo-hallucinations dans lesquelles une foule d'images très nettes passent devant l'œil du sujet, sans qu'elles aient le caractère de l'objectivité et sans qu'elles puissent s'ordonner dans l'espace.

Le trouble de l'*association des idées* est particulièrement important dans la folie intermittente. Dans la phase maniaque, l'association des idées est affaiblie. Au lieu d'associer les idées, comme le fait l'homme sain, d'après leurs rapports réels (par exemple : maison, propriété; maison, toit), le maniaque intermittent associe souvent une idée à une autre, d'après une simple analogie de son, sans tenir compte de la signification du mot (par exemple : maison, tison). On peut même démontrer expérimentalement comment les associations fondées soit sur les rapports intimes des idées d'après leur sens (causalité, subordination), soit sur leur coexistence, vont en s'affaiblissant dans la phase maniaque; et comment, au contraire, les associations superficielles, fondées sur les habitudes du langage et sur les analogies des sons (rime et assonance), prennent une place toujours plus grande dans cette même phase et, quelquefois, constituent le débit tout entier du malade. Le processus d'association n'est nullement accéléré dans la phase maniaque, comme on le croirait au premier abord ; il est plutôt relâché. La production des idées fondées sur les rapports extérieurs de mots est facilitée aux dépens de l'élaboration des idées d'après le sens. Les malades aiment, en conséquence, à rimer, à faire des jeux de mots, à citer, à déclamer, à chanter. Dans cette évolution fugitive de la pensée, ils ne peuvent fixer leur esprit sur un

but déterminé; ils font des digressions et ils changent sans cesse de thème, selon les nouvelles impressions extérieures qui se succèdent; ils font souvent des coq-à-l'âne.

Kraepelin cite quelques exemples de ces discours : « Abel — Babel — Babylone — eau — iode — Apollinaris... »

Au plus haut degré de l'excitation, la *fuite d'idées* devient une véritable divagation; les malades sont complètement désorientés, ou ne réagissent que très rarement à toute tentative de les ramener dans la voie de la raison.

Dans la phase de dépression, la fuite des idées est remplacée par l'*arrêt de la pensée*. Les malades deviennent insensibles à toutes les impressions du monde extérieur; il leur est difficile ou impossible d'associer une nouvelle impression à leurs images du souvenir; l'ordonnance associative des idées subit fréquemment un temps d'arrêt. Ils mettent longtemps à réfléchir aux choses les plus simples. Ils font souvent des fautes de calcul, de sorte qu'on les prendrait pour des sujets intellectuellement affaiblis, et pourtant ils se rendent parfaitement bien compte quand ils se trompent. « Mon intelligence a vraiment bien souffert », disait une malade lorsque, ayant à soustraire consécutivement les nombres 3 de 100, elle ne pouvait plus continuer cette petite opération arithmétique.

Le *jugement* est, dans la phase maniaque, extrêmement superficiel chez les intermittents; leur « esprit de conversation » ne s'élève guère au-dessus du niveau d'un bavardage banal. Parfois, ils émettent des *idées délirantes*; cependant, les malades eux-mêmes ne prennent souvent pas au sérieux ce qu'ils disent. Une meunière, tout en sachant très bien que c'était le médecin qui la questionnait, lui disait : « C'est entendu, je ne suis qu'un âne de moulin, monsieur l'apothicaire ». Les malades aiment à décerner aux personnes de leur entourage toutes sortes de titres ronflants, inattendus : « Votre Altesse Andalouse, Votre Majesté Bourbonienne ». Mais, quand ils sont dans une violente colère, il arrive souvent qu'ils appellent par leur vrai nom ceux qu'ils invectivent. Quelques maniaques périodiques ont des *idées de grandeur* qui rappellent même parfois les inventions absurdes des paralytiques généraux : ils ont des millions, ils sont forts comme Hercule. Chez les déprimés se produisent parfois des *idées d'humilité*, de *persécution* et de *culpabilité*. Mais ces diverses idées ne persistent ordinairement pas longtemps.

La *mémoire* se montre presque toujours intacte, quand du moins il est possible de fixer l'attention des malades et de les décider à répondre. Seulement, dans les cas de la plus forte excitation avec confusion d'idées, il reste parfois de l'amnésie.

L'*état cœnesthétique* peut présenter toutes les nuances : la gaieté folâtre et exubérante, comme les malades représentés par les figures 86 et 87 ; l'« humour « imperturbable, comme l'homme de la figure 85 ; la bonhomie réfléchie, l'humeur sérieuse, tranquille et mesurée, la profonde tristesse, le désespoir le plus accusé. L'état cœnesthétique gai peut, dans la manie périodique, être si intense que les malades rient aux éclats au sujet de graves blessures qu'ils se font au cours de leurs accès d'excitation. Dans d'autres cas, l'humeur excitée se traduit par des tendances agressives : les malades sont irrités, querelleurs, enclins à des explosions de colère.



Fig. 85. — Folie intermittente. — Excitation avec expression joviale et dégagée.

L'état cœnesthétique triste de la phase dépressive peut aller jusqu'à un accablement avec découragement et idées de suicide. L'humeur triste a plus rarement pour objectif un but déterminé ou une idée délirante : les malades sont plutôt presque toujours dégoûtés de tout ce qu'ils rencontrent sur leur chemin, et ne se trouvent relativement heureux que quand ils sont au repos complet.

L'*excitation psychomotrice* a principalement un caractère réflexe et se rattache étroitement au fond d'idées du moment. A l'opposé des déments juvéniles, qui exécutent des mouvements sans objet, le maniaque intermittent a toujours, dans l'expression motrice de son agitation, un but déterminé. Ce sont des actes qu'il accomplit, et ce ne sont

pas seulement des décharges purement motrices auxquelles il se livre automatiquement. Dans la forme la plus légère de cette excitation psychomotrice, le *besoin impulsif de parler* se trouve au premier plan ; plus l'agitation augmente, plus le *besoin d'occupation* devient intense. Les malades font toutes sortes de mauvais tours : ils veulent ôter au médecin le mouchoir de sa poche, ou les lunettes de dessus son nez ; ils taquinent le personnel de l'établissement, ils dansent et chantent ; beaucoup se drapent d'une manière pittoresque avec toutes sortes de chiffons ; une fille de la campagne se costumait en Iphigénie (Voy. fig. 88). Très souvent, ils se parent de fleurs et de rameaux, se fabriquent des bagues avec toutes sortes de matériaux. Les tentatives d'évasion ne sont pas rares. Dans un état d'excitation violente, ils courent çà et là, comme des bêtes fauves, se déshabillent, s'arrachent les cheveux, invectivent ou menacent les personnes de leur entourage, se jettent à terre avec leur literie, détruisent beaucoup d'objets. Une vieille femme, représentée par la figure 89, agitée au point de pouvoir à peine parler d'une façon intelligible, essayait toutes les nuits de reculer les lits des autres malades et se tordait de rire quand cette gaminerie réveillait ses compagnes. L'excitation des malades s'accroît extraordinairement chaque fois qu'il se passe quelque chose de nouveau autour d'eux. Une personne qui fait son entrée dans la salle est saluée par eux d'une façon bruyante ; une visite quelconque produit une surexcitation ; une contra-



Fig. 86. — Folie intermittente. — Excitation maniaque, avec rire exubérant.

diction peut provoquer un nouveau débordement de paroles ou d'actes violents. Toutes les expressions, tous les actes des malades, si fugitifs et si rudimentaires qu'ils soient, portent pourtant le cachet d'une certaine recherche,



Fig. 87. — Folie intermittente. — Excitation maniaque, vive gaieté; la malade frappe dans les mains pour applaudir.

d'un certain goût. La figure 90, par exemple, représente un modèle de tapisserie qu'une aliénée intermittente a exécuté pendant un de ses accès d'excitation. Le maniaque intermittent représenté par la figure 91 a fabriqué, pendant un de ses accès, une poupée avec le linge de son lit.

Les paroles prononcées par ces malades ont, dans la forme la plus légère de l'excitation, un caractère raison-

neur. Le sujet cherche, par un flux de mots et par des phrases plus ou moins subtiles, à ce qu'on lui donne toujours raison. Ensuite se produit un bavardage sans fin, avec des idées émises sans ordre, sans cohésion logique, une véritable *logorrhée*, mais qui pourtant est en rapport avec le sentiment de gaieté du moment. Le débit est plein de fanfaronnades, de termes étrangers, d'intermèdes chantés, de jeux de mots. Les maniaques intermittentes représentées par les figures 92 et 93 en sont des exemples.



Fig. 88. — Folie intermittente. — Excitation maniaque modérée. La malade s'est costumée en Iphigénie.

Les *écrits* des maniaques intermittents montrent la même volubilité : la forme de l'écriture change, les traits des lettres deviennent, au cours de l'écriture, plus épais et plus saccadés ; les malades aiment à souligner souvent, à se servir d'encres de couleur différente.

La *phase de dépression* se caractérise, au contraire, par un arrêt psychomoteur, une difficulté de plus en plus grande à se décider, à agir volontairement, à exécuter tout mouvement, ce qui se révèle extérieurement par le ralentissement de tous les modes d'expression de la pensée et de la volonté. Dans les cas légers, les malades sont tranquilles et ne manifestent leur tristesse que lorsqu'on essaie de les changer de place, comme c'était le cas de la mélancolique

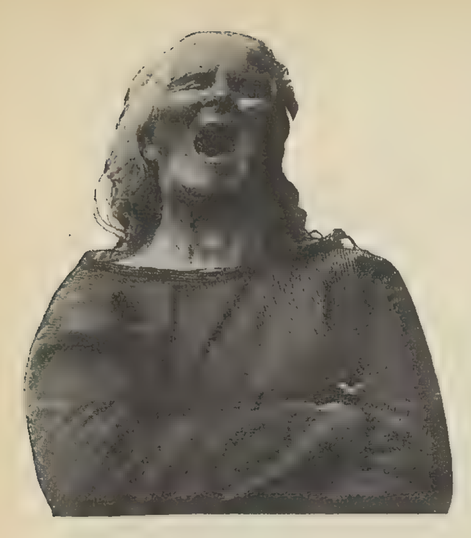


Fig. 89. — Folie intermittente. — Excitation maniaque avec accès de rire effréné.

intermittente représentée par la figure 94. Dans un cas d'arrêt psychomoteur plus accusé, les malades parlent peu et à voix basse; ils donnent la main lentement, montrent la langue avec circonspection. Chez ces malades, ce n'est pas seulement l'impulsion initiale du mouvement qui est retardée, comme cela arrive chez le catatonique avec stu-



Fig. 90. — Modèle de tapisserie exécuté par une maniaque intermittente, avec des chiffons arrachés à sa literie.

peur; mais chaque phase d'un mouvement est exécutée chez eux avec une extrême lenteur. Quelques autres malades aiment à garder le lit; ils se soucient peu de leur entourage; on doit veiller à la façon dont ils accomplissent certains actes les plus élémentaires, comme de manger, d'être propre. Au plus fort degré de la dépression, le sujet peut tomber dans une stupeur très intense; il reste alors couché, complètement immobile; on est obligé de lui introduire dans la bouche sa nourriture; quelquefois, il urine sous lui; ses extrémités deviennent froides et cyanosées.



Fig. 91. — Folie intermittente. — Pendant son accès maniaque, le malade s'est fabriqué une poupée avec le linge de son lit.

Pour l'examen exact de la psychomotilit des intermittents, Kraepelin a construit une *balance d'écriture*. Chaque pression de l'écriture, ainsi que le montre la figure 95, est transmise au moyen d'un levier sensible sur le tambour tournant d'un kymographe (kymographio-dynamomètre), de manière que la hauteur, l'oscillation et l'augmentation de a pression, a rapidité de l'écriture et les pauses puissent être exactement indiquées par une courbe.

Les malades en stupeur examinés à l'aide de cette baance d'écriture (Voy. fig. 95) présentent une pression très

faible, une difficulté à avancer, une diminution de rapidité, des pauses beaucoup plus longues, une difficulté à passer d'un mouvement à l'autre. Dans la phase maniaque, nous trouvons, au contraire (Voy. fig. 95), une haute pression, qui augmente encore au fur et à mesure que l'écriture avance, une augmentation croissante des traits et une rapidité de plus en plus grande d'écriture. Dans certains cas, chez les déprimés, le kymographe ne révèle aucune déviation, bien que, dans les mouvements importants ou dans l'hésitation du sujet, il y ait lieu encore de constater un arrêt. La *démarche* est très différente dans la phase mélancolique et la phase d'excitation : dans la première, les pas sont petits et rapprochés (fig. 96); dans l'autre, rapides et grands (fig. 97).



Fig. 92. — Folie intermittente. — Excitation maniaque avec chant.

La *fatigue* du maniaque intermittent est diminuée en raison de son excitation. Il arrive que les malades de cet ordre ne dorment pas pendant des semaines et des mois, tandis que, dans des formes tout à fait légères d'excitation, le sommeil se produit souvent de bonne heure, mais ne dure guère longtemps. Les déprimés, au contraire, éprouvent continuellement le besoin du repos, quoique souvent ils restent, le soir, longtemps couchés sans dormir, ou

bien ils se réveillent parfois de trop bonne heure.

Les *expressions du visage*, dans la folie intermittente, correspondent à tous les degrés intermédiaires entre la bonne humeur, la gaieté, le rire cordial, jusqu'à l'exubérance et au rire le plus effréné, ou jusqu'à la colère et l'irritation la plus violente.



Fig. 93. — Folie intermittente. — Excitation maniaque avec rire et expression satisfaite.

Dans la dépression, la physionomie est grave, sombre, immobile, plus rarement inquiète. La physionomie du maniaque est extrêmement mobile et changeante, tandis que celle du déprimé est à peine altérée. Mais, en somme, les traits du visage sont tels qu'on les trouverait chez un individu normal, dont le visage correspondrait à une émotion correspondante : gaie ou triste.

Le *poids du corps*, ainsi que le montre le graphique représenté par la figure 98, baisse d'une façon tout à fait surprenante dans la période d'excitation, parfois de 50 p. 100, tandis que, dans la phase dépressive, il augmente. On a vu un malade perdre, en un jour d'excitation, 8 livres de son poids. Assez souvent le sujet présente de la constipation et des vomissements. Un malade vomissait habituellement à la fin d'un accès d'agitation. L'*appétit* du maniaque



Fig. 94. — Folie intermittente. — Accès de dépression mélancolique avec arrêt psychomoteur peu accusé.

est souvent très grand, tandis que chez le déprimé il faut parfois avoir recours à l'alimentation artificielle.

Le *pouls* s'élève, dans la manie, souvent à plus de 100 pulsations par minute, tandis que sa fréquence diminue dans la dépression et tombe quelquefois au-dessous de 50. La *pression sanguine* est abaissée dans la manie et tombe à 100, même à 60 millimètres de mercure; dans la dépression, elle s'élève à 130, même à 178 millimètres de mercure contre 110 ou 120 de l'état normal. Le sphygmomètre accuse dans la manie une élévation rapide et des

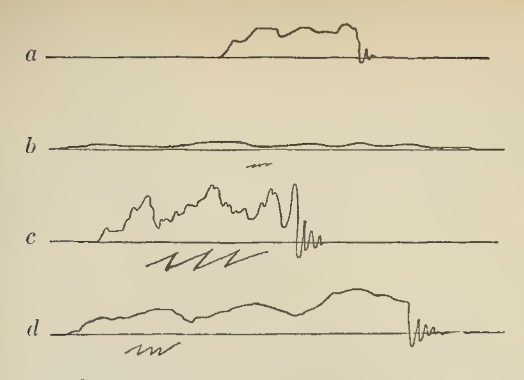


Fig. 95. — Courbes de la *balance d'écriture* ; moitié de la grandeur naturelle (d'après Gross) (1). — *a*, courbe normale dans l'écriture de la lettre *m* ; *b*, courbe de la lettre *m*, dans l'écriture d'un malade en stupeur : pression lente et moins accusée ; *c*, la courbe de la lettre *m* dans l'écriture du maniaque : pression forte, augmentation de l'excitabilité ; *d*, la courbe de la lettre *m* du maniaque passant à l'état de stupeur : excitabilité augmentant lentement.

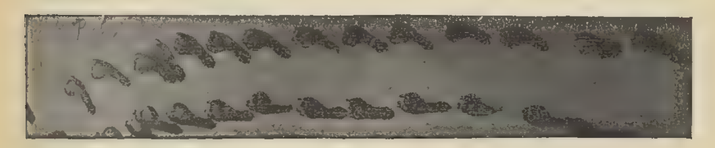


Fig. 96. — Traces des pas dans la folie intermittente (phase dépressive avec stupeur) : les pas sont petits et très rapprochés.



Fig. 97. — Traces des pas dans la phase maniaque de la folie intermittente : les pas sont rapides et grands. (Ces deux tracés sont empruntés à Kaplan et Mönckemöller, *Neur. Centralbl.*, 1900.)

(1) Kraepelin, *Psychologie*, t. II.

courbes à angle aigu, assez souvent du dicrotisme; dans la dépression, il donne lieu, au contraire, à une courbe bien moins haute avec une lente augmentation et d

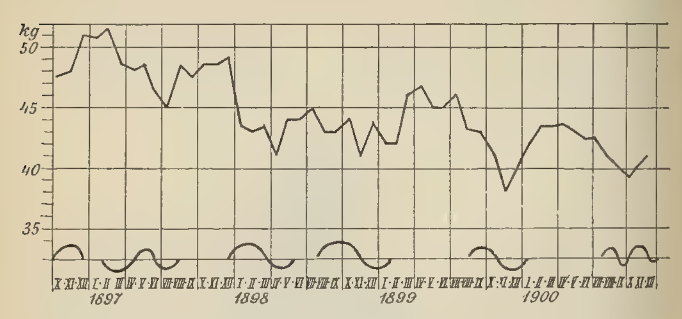
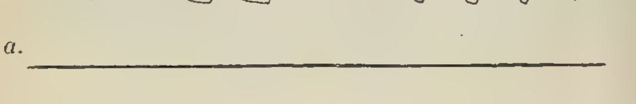


Fig. 98. — Courbe du poids du corps d'un malade atteint de la folie intermittente pendant quatre ans et trois mois : ⌒, excitation; ⌣, dépression (d'après Pilcz).

l'abaissement général. La figure 99 représente les sphygmogrammes se rattachant à ces deux états de la folie intermittente.



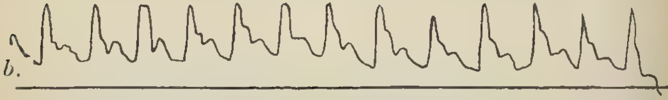


Fig. 99. — Folie intermittente. Sphygmogrammes. — *a*, dans la phase maniaque; *b*, dans la phase de dépression d'un malade atteint de la folie intermittente (d'après Pilcz).

Dans la phase d'excitation, la richesse du *sang* en hémoglobine paraît être diminuée. On a aussi constaté quelquefois des *troubles vaso-moteurs*, de l'exanthème et de l'herpès dans la phase d'excitation, des extrémités froides et cyanosées dans la dépression. En outre, dans ce dernier état, il se produit parfois une diminution dans la sécrétion

des larmes et de la sueur; la *peau* est sèche et se pèle. Dans la manie, la *respiration* est plus précipitée; elle se ralentit dans la dépression. Pendant la phase maniaque, et aussi quelquefois dans la période de dépression, les *urines* présentent une diminution d'acide urique et de phosphates. Köppen a constaté, à l'apogée de l'attaque, de l'albuminurie et de la peptonurie. D'autres éléments anormaux ont été trouvés dans l'urine des intermittents : albumose, acétone, acide diacétique, indican.

Le *système nerveux* présente parfois des troubles pendant une des phases : convulsions, accidents nerveux à forme hémiplégique, agitation motrice, arc de cercle, le tout le plus souvent de nature hystérique. De plus, on trouve quelquefois de l'inégalité pupillaire, avec affaiblissement des réactions à la lumière et à l'accommodation, de même qu'une exagération des réflexes rotuliens.

Assez souvent on observe des maux de tête, de l'angoisse précordiale, des troubles de la sensibilité. L'abaissement apparent de l'acuité de divers sens s'explique par l'état psychique du malade.

On a observé dans quelques cas de l'asthme nerveux survenant régulièrement pendant les phases de manie intermittente. Parmi les *affections viscérales*, il faut signaler la tuberculose et la pleurésie dont sont parfois menacés les malades pendant les phases de stupeur.

[Dans notre étude sur la mélancolie, Toulouse et moi avons produit quelques documents susceptibles de faire mieux connaître la *folie intermittente*, dans sa forme mélancolique (1).

La *mélancolie intermittente* est essentiellement une vésanie d'accès qui peut se présenter plusieurs fois chez le même malade. Dans les périodes intercalaires, l'affection mentale semble avoir complètement disparu. Les accès apparaissent à des intervalles réguliers et présentent entre eux une ressemblance à peu près complète. Le sujet manifeste exactement les mêmes conceptions délirantes, le même degré de résignation et d'aboulie. Le début peut être brusque, comme la terminaison. Nous nous sommes beaucoup servis dans notre travail de l'observation d'une circulaire qui présentait durant douze jours un état

(1) J. Roubinovitch et Toulouse, *La mélancolie*, p. 212 et suiv. Paris, 1897.

d'excitation sans perte de connaissance ni délire, et qui, durant quinze autres jours, restait dans un état de dépression mélancolique. Nous avons donc pu étudier facilement les conditions somatiques de la gaieté et de la tristesse chez cette malade, qui réalisait ainsi à merveille une excellente expérience de laboratoire. Voici quelques-unes des remarques que cette étude nous a suggérées.

Le *poids du corps* croît dans l'excitation et diminue dans la dépression. C'est là une résultante d'autres variations, et notamment des modifications parallèles de l'appétit. Les variations de poids sont de 3 kilogrammes en moyenne d'une période à l'autre. Dans une année, elles n'ont pas dépassé le maximum de 6 kilogrammes (de 60 à 66 kilogr.). Le poids baisse d'ordinaire au commencement de la dépression, se relève quand vient l'excitation et continue ce mouvement d'ascension jusqu'à la fin de cette dernière période, de sorte que la ligne graphique du poids décrit une courbe à concavité supérieure, dont les deux extrémités correspondent au commencement de la dépression et à la fin de l'excitation, et le milieu à la jonction de deux périodes.

La *température* subit des modifications qui pourraient être représentées par la même courbe graphique. Il n'y a guère qu'*un* degré de différence au maximum entre les deux températures; les variations moyennes ne sont même que de quelques dixièmes autour de 37°.

La composition du *sang* paraît subir des modifications tout aussi importantes, d'après les recherches de Dumas, qui a constaté les faits suivants : au début de la période d'excitation, il y a une forte diminution (apparente) de globules, à cause de la vaso-dilatation. Au début de la période de dépression, il y a une forte augmentation (apparente) de globules, à cause de la vaso-constriction. Dans le courant des périodes, au contraire : en excitation, il y a croissance continue (et réelle sans doute) et, en dépression, décroissance continue (et réelle probablement aussi) (1).

La *force musculaire* change aussi dans chacune des deux périodes. Ces différences sont de 15 kilogrammes en moyenne; elles oscillent entre 10 et 30 kilogrammes.

Le *pouls* se modifie également; le nombre des pulsations

(1) G. Dumas, *Revue philosophique*, n° 6, 1897.

oscille entre 60 et 80; la *tension artérielle*, entre 10 et 20. La forme de la pulsation est ample dans l'excitation et contractée dans la dépression.

Le *pouls capillaire*, pris avec le pléthysmographe de Hallion et Comte, est ample dans l'excitation. Dans la dépression, il est tellement faible, même après avoir réchauffé les mains, qu'il ne peut être enregistré.

Le nombre des *mouvements respiratoires* oscille entre 10 et 20.

La respiration est ample dans l'excitation, et superficielle dans la dépression.

Les *urines* oscillent de 500 à 2000 centimètres cubes. Les éléments urinaires varient aussi. Dans la période d'excitation, ces éléments sont en quantité ordinaire, sauf les chlorures, qui sont, ainsi que la densité, un peu diminués. Dans la période de dépression, la densité devient normale, l'urée diminue, l'acide urique augmente, ainsi que l'acide phosphorique (dénutrition des éléments nerveux).]

I. — Types cliniques.

Nous devons maintenant passer en revue les *types cliniques* les plus importants de la folie intermittente et la façon dont ils se succèdent chez le même malade; nous examinerons ensuite les différentes *variétés de l'évolution* de la folie intermittente pendant toute la vie du sujet.

A. — ÉTATS MANIAQUES

I. Dans la **manie classique**, la manie gaie, l'accès est souvent annoncé par une *phase prodromique* de plusieurs jours, pendant laquelle le sujet se plaint de maux de tête, de manque d'appétit, de mauvais sommeil; en même temps surviennent fréquemment des manifestations d'ordre dépressif. Peu après, par un changement assez brusque, le malade passe à un état cœnesthétique gai et s'agite; il est entreprenant, affairé, bavard; il veut faire des emplettes, il forme des projets de voyage; il voudrait se marier; il devient lascif; il ne supporte pas la contradiction; il chante, danse et n'est jamais en repos; il oublie tous les principes de la moralité et des convenances. Des jeunes filles bien élevées expriment des désirs immoraux; des

pères de famille courent dans des maisons de prostitution.



Fig. 100. — Folie intermittente. — Accès d'excitation chez un vieillard maniaque. Le malade s'est drapé dans la couverture de son lit.

L'intensité de l'agitation change à chaque instant; toute diversion ne fait qu'augmenter le trouble. Les manifestations extérieures semblent d'abord particulièrement vives, mais bientôt elles deviennent fugitives et superficielles. Une femme sexagénaire chantait en même temps, pêle-mêle, des cantiques et des chansons grivoises. Souvent, au stade de l'exaltation simple, verbale, se joint pour quelque temps une *excitation furieuse*, dans laquelle les malades font un tapage continuel, se roulent, rugissent, se livrent à des manifestations tout à fait incohérentes et sont quelquefois complètement désorientés, comme c'est le cas des sujets représentés par les figures 100, 101, 102, 114.

Quelquefois surviennent des troubles sensoriels; sous leur influence, les sujets sont violents et présentent une tendance à la destruction. Un malade se sentait poussé à mettre le feu et à égorger sa mère. Finalement, se produit assez souvent une phase de décroissance de l'agitation dans laquelle prédomine une humeur plutôt déprimée et où l'on constate aussi un léger arrêt dans les fonctions psychomotrices.

On a voulu regarder ce stade comme une réaction faisant suite à l'épuisement; mais cette opinion est contredite par ce fait que cet état manque dans beaucoup de cas; que, dans d'autres cas, il précède l'attaque; et, enfin, qu'il survient parfois tout à fait en dehors de toute excitation maniaque.



Fig. 101. — Folie intermittente. — La malade danse dans un accès de manie gaie.

Dans les diverses formes de l'excitation maniaque, il existe un état émotionnel gai avec fuite d'idées, en même temps qu'une versatilité extrême de l'humeur. Quelquefois il se produit aussi de l'arrêt psychomoteur avec humeur triste, c'est-à-dire le passage brusque d'un symptôme maniaque à un autre symptôme appartenant à la phase de dépression. Sur 150 cas de manie intermittente, nous n'en avons trouvé que 5 tout à fait purs, non entremêlés de symptômes quelconques de dépression.

Selon l'intensité du trouble, on peut distinguer divers degrés. [Régis admet à ce sujet cinq degrés d'intensité : 1° délire aigu; 2° manie aiguë; 3° manie subaiguë; 4° manie raisonnante; 5° exaltation maniaque.] A noter encore que tel symptôme peut être plus fortement marqué que tel autre, par exemple une exaltation moyenne avec une gaieté très intense, ou réciproquement. La malade

représentée par la figure 103 était atteinte d'une simple exaltation maniaque, sans excitation motrice.

II. A côté de la manie classique, gaie, il faut placer la forme plus légère dite *hypomanie* (Mendel), désignée aussi sous le nom de ***manie sans délire*** ou de ***folie raisonnante***. Dans ce type de l'hypomanie, on observe tous les troubles fondamentaux indiqués plus haut, mais sans les complications qui surviennent au cours d'une forte excitation, sans confusion d'idées, sans troubles sensoriels. [Comme dit Falret, c'est « le fond sans le relief ».] L'humeur est animée sans être débordante; le malade se sent « mieux portant que jamais ». Il n'est guère d'ordinaire bruyant et ne trouble pas le repos de l'entourage; son esprit d'entreprise se manifeste surtout en projets et en discussions : au lieu de plaisanteries grivoises, il émet des sarcasmes incisifs; au lieu de jeter sa literie sur la tête du médecin, il discute avec lui ou bien lui remet des lettres, des mémoires dans lesquels il se plaint souvent d'avoir été privé de sa liberté.



Fig. 102. — Folie intermittente. — Même malade, en excitation sur place; elle remue les mains dans un mouvement rapide, uniforme.

Un simple paysan édita un volume de vers ; un marchand,



Fig. 103. — Folie intermittente. — La malade présente un état cœnesthétique gai sans excitation motrice.



Fig. 104. — Folie intermittente. — Même malade au cours d'un accès de dépression.

d'habitude très sérieux, se fiança avec une fille des rues;

d'autres écrivent des brochures, des diatribes sur leur séjour dans les divers asiles. L'entourage est parfois stupéfait du flux de parole de ces malades, de la souplesse et de la richesse de leur imagination. Quand ils sont dans les salles des malades, les maniaques raisonnants dans le genre de ceux représentés par les figures 105, 106 et 113 font souvent le tourment des autres malades et du personnel par leur esprit incessant de dénigrement et de délation. L'accès se produit souvent sans phase de dépression préliminaire ou consécutive; mais, à un examen attentif, on découvre quelquefois que le revirement de l'humeur en sens contraire s'est préparé depuis plusieurs jours ou plusieurs heures. Un malade, qui était la plupart du temps d'une gaieté inaltérable, se mettait tout à coup à pleurer; il donnait comme raison qu'il voulait faire son testament et qu'il venait justement de se dire que le prince souverain de son pays était déjà très vieux.



Fig. 105. — Folie intermittente. — Accès de manie raisonnante; expression gaie, résolue.

III. ***Manie légère.*** — Enfin, il reste encore à décrire un type d'état qui représente la forme la plus légère de la manie : « ***mania mitis*** » ou « *mitissima* » (Hoche, Hecker). On rencontre des malades qui se sentent atteints d'une certaine inquiétude, dans laquelle il leur est impossible de se livrer à une occupation régulière. Les pensées traversent leur tête comme un bourdonnement. Souvent ils sont gais sans bien savoir pourquoi. Tel était le cas des sujets représentés par les figures 110 et 111. Quelquefois, c'est une humeur surexcitée qui prédomine. Le sommeil est bon, en général. Pendant le jour, les malades se plaignent de toutes

sortes de choses, sans pouvoir spécifier l'objet de leurs préoccupations. On constate tout au plus de la tachycardie et des troubles digestifs. Cet état anormal apparaît et disparaît sans aucun motif apparent. Souvent on prend ces malades pour des neurasthéniques ; mais il n'y a dans leur cas aucun excès de travail, aucun surmenage, qui précède l'accès, et le repos n'apporte pas non plus l'amélioration désirée.

Dans d'autres cas, ces formes de la manie très légère



Fig. 106. — Folie intermittente. — Accès de manie raisonnante.

alternent avec les états de dépression à peine prononcée. Tel malade, dans les états de légère inquiétude, veut continuellement divorcer. D'ordinaire, l'entourage du sujet a beaucoup à en souffrir.

A côté de ces trois formes de la manie classées dans l'ordre de leur intensité, on observe encore des types qui ont qualitativement une apparence un peu différente, bien qu'on puisse y reconnaître les trois symptômes fondamentaux : l'agitation psychomotrice, l'humeur surexcitée et la fuite d'idées.

IV. ***Manie grave***. — La *manie grave* est un état d'excitation de la plus haute intensité. Comparée à la manie classique, l'orientation est ici plus défectueuse et la conscience

bien plus troublée. A titre transitoire, on trouve de ces jours d'excitation violente, même chez des malades habituellement plus tranquilles. Mais il y a aussi des cas où les malades sont peu excités au point de vue psychomoteur et où, pourtant, il subsiste pendant un temps assez long une confusion mentale, une orientation défectueuse avec obscurcissement grave de la conscience.

V. ***Manie avec délire.*** — Parfois se produisent, au cours de l'excitation maniaque intermittente, des idées délirantes tellement absurdes qu'on pourrait croire à la paralysie générale. Quelque fugitives que soient presque toujours ces idées, et quelque évidente que soit dans certains cas leur inconsistance, il arrive pourtant qu'elles dominent pour quelque temps le tableau clinique, surtout quand il s'y joint des troubles sensoriels. Par exemple, la malade représentée par la figure 107 voyait une figure d'or qui représentait pour elle l'esprit de son père planant à travers la chambre ; elle remarquait que le buste de Beethoven lui souriait et elle y joignait des idées de grandeur, disant qu'elle avait une mission divine à accomplir sur terre.



Fig. 107. — Folie intermittente. — Accès de manie avec délire.

VI. ***Manie avec colères.*** — Une forme nettement distincte de l'excitation maniaque intermittente et qui peut se présenter avec des degrés d'agitation les plus divers est la *manie coléreuse*, dont la figure 108 offre un exemple. La plupart du temps, l'état cœnesthétique excité du maniaque s'exprime ici par des paroles blessantes et des tracasseries.

Dans les cas plus légers, le maniaque n'est poussé à s'emporter que lorsqu'on le contredit. Certains malades ont des crises de colère et des accès de mauvaise humeur à l'état permanent. Ils se sentent dérangés dans leurs plans par leur entourage ; ils deviennent acariâtres, se fâchent de ce que leurs projets ne se réalisent pas assez vite, de ce qu'on ne les prend pas au sérieux; insistent, menacent et quelquefois éclatent dans une colère furieuse. Ils se montrent excessivement suffisants, orgueilleux, impérieux, hautains. Ils n'ont aucun égard pour leur entourage, maltraitent le personnel, parlent avec mépris de tout le monde, disent des insolences et se laissent aller à des violences. On a vu quelquefois ces malades commettre un meurtre dans l'intérieur de l'asile. Fréquemment, ils ont des tendances à la destruction. C'est surtout pendant la convalescence qu'ils sont difficiles à traiter, lorsqu'ils se regardent déjà comme guéris et qu'ils réclament violemment leur liberté. La colère peut se transformer en dépression ; il peut aussi se produire de l'arrêt psychomoteur. Ces symptômes sont parfois entremêlés, de sorte que les malades parlent



Fig. 108. — Folie intermittente. — Accès de manie coléreuse.

peu, tout en restant très préoccupés, agités intérieurement.

B. — ÉTATS DE DÉPRESSION

La *phase dépressive* de la folie intermittente se manifeste



Fig. 109. — Folie intermittente. — Accès de dépression avec stupeur.

essentiellement par les trois symptômes fondamentaux : l'humeur triste, l'arrêt psychomoteur et l'arrêt de l'asso-



Fig. 110. — Folie intermittente. — Excitation maniaque légère. Le malade joue, s'amuse dans son bain.

ciation des idées. Cet état peut passer par les degrés les plus divers, depuis le dégoût de la vie et les idées de suicide

jusqu'à l'abattement à peine accusé et une apparence de gravité sérieuse du facies. L'arrêt psychomoteur va depuis la stupeur intense jusqu'à un léger besoin d'isolement et d'immobilité, jusqu'à l'incapacité de travailler ou de prendre une décision quelconque, jusqu'à ne plus parler que par monosyllabes. Nous voyons quelquefois l'arrêt psycho-



Fig. 111. — Folie intermittente. — Excitation maniaque légère. Le malade, portant des fleurs à sa boutonnière, fume en même temps un cigare et une pipe.

moteur et l'abattement à peine marqués. Dans d'autres cas, une forte stupeur s'associe à une légère dépression, ou réciproquement. Ce dernier état, qui se présente souvent à la fin de l'attaque, est précisément celui qui est plus dangereux, au point de vue des idées et des tentatives de suicide, que la période d'aboulie. Des troubles sensoriels et des idées délirantes peuvent se produire. Par exemple, une servante voyait les cadavres de ses parents et entendait des voix. L'orientation est parfois bien conservée,

comme elle peut aussi laisser beaucoup à désirer. L'arrêt

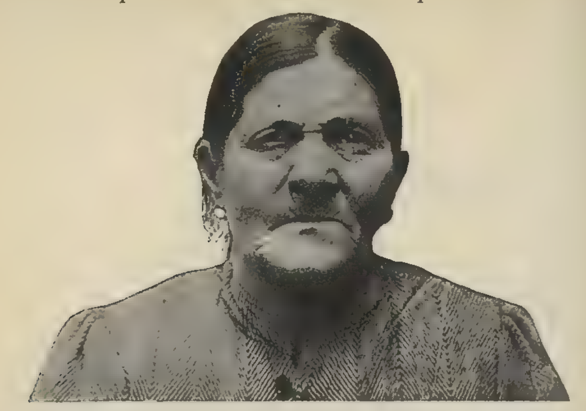


Fig. 112. — Folie intermittente. — Crise de dépression délirante.

des fonctions d'association fait paraître ces malades plus



Fig. 113. — Même malade (fig. 112) en accès transitoire de manie raisonnante. Folie intermittente.

affaiblis intellectuellement qu'ils ne le sont en réalité. Le

plus souvent, ils ont nettement le sentiment de leur état pathologique.

Essayons d'indiquer quelques variétés de ces états dépressifs :

1° ***Stupeur avec dépression mélancolique***. — La figure 109 en offre un exemple ;

2° ***Dépression mélancolique avec arrêt psychomoteur léger*** (Voy. fig. 104) ;

3° ***Dépression mélancolique avec idées délirantes***, comme la figure 112 en présente un cas ;

4° ***Dépression mélancolique légère***. — De même qu'il y a une « mania mitissima », il se produit aussi une forme très légère de dépression et de stupeur, forme qu'on observe, il est vrai, le plus souvent hors des asiles. Cet état arrive subitement : les malades se sentent tout à coup changés ; ils ne peuvent plus travailler, n'ont plus aucune joie et ne sont plus capables de prendre une décision quelconque. Tantôt cet état est caractérisé surtout par une humeur morose dont ils ne peuvent se délivrer, malgré tous les efforts et en dépit des impressions les plus agréables ; tantôt il s'agit d'une faiblesse de volonté avec une indifférence complète et de l'apathie.

C. — FORMES MIXTES

A côté des phases séparées de manie et de dépression, il y a encore à considérer des états mixtes dans lesquels les symptômes de ces deux phases se trouvent entremêlés. Ces *formes mixtes de la folie intermittente* se présentent d'ordinaire de la manière suivante :

1° Il arrive que, au cours d'un accès de manie ou de dépression, l'un des plus importants symptômes se transforme brusquement en sens contraire ; par exemple, un malade excité d'une façon permanente devient, pour un jour, d'une humeur triste ; un autre, qui est continuellement en stupeur mélancolique, s'excite parfois pendant une heure ou un jour ;

2° Dans le cas d'une transformation brusque de la phase maniaque en phase dépressive ou réciproquement, la modification de l'humeur ou de la psychomotilité se produit plus tôt, de sorte que, pendant la période de transition, il existe un mélange de symptômes tenant de deux phases ;

3° Un accès peut se trouver complètement, ou en grande partie, dominé par la forme mixte.



Fig. 114. — Folie intermittente. — Accès maniaque. La malade s'amuse en se couvrant d'ouate des pieds à la tête.

Quelque diverses que puissent être les variations symptomatiques de ces états mixtes, il y a pourtant un certain nombre de types cliniques particulièrement

fréquents, parmi lesquels nous signalerons les suivants :

1° ***Stupeur avec manifestations maniaques.*** — Il existe, en pareil cas, comme chez le malade représenté par la figure 116, simultanément un *arrêt psychomoteur* avec un *état cœnesthétique gai*; il s'y ajoute le plus souvent l'*arrêt de la pensée*, à la place de la fuite d'idées. C'est encore le cas du sujet représenté par la figure 116. La compréhension, la présence d'esprit et l'orientation sont d'ordinaire bonnes; seulement, dans un arrêt de la pensée poussé à un haut degré, les malades ont de la peine à avoir une notion nette du lieu et du temps. L'arrêt peut être assez



Fig. 115. — Folie intermittente. — Accès de dépression avec stupeur.

fort pour amener le refus de nourriture et la cyanose des extrémités; seuls les traits du visage révèlent, par une expression gaie et un léger sourire, l'état cœnesthétique expansif. Dans d'autres cas, les sujets répondent encore à voix basse, mais préfèrent rester au lit, ont des mouvements lents; leur démarche est lourde; ils donnent la main avec hésitation; leur écriture est ralentie.

La courbe indiquée par la balance d'écriture correspond à cet arrêt dans les fonctions psychomotrices ; on y voit cependant, en même temps, des signes d'irritabilité indiquant l'excitation maniaque. Dans un arrêt psychomoteur léger, les malades laissent errer leurs regards,

observent avec attention, prennent part à tout ce qui les entoure et font de temps en temps des remarques très justes.

Sous le masque de l'arrêt psychomoteur, on reconnaît pourtant quelquefois une légère tendance maniaque à s'occuper, à remuer : les malades jouent, tranquillement couchés dans leur lit, avec leurs doigts et leur literie; ils se parent d'anneaux faits avec des fils de drap, se tressent les cheveux et la barbe; ils font des espiègleries avec une douce joie. Un malade avait trouvé quelques grains de blé



Fig. 116. — Folie intermittente. — Accès d excitation maniaque avec symptômes de stupeur. Simultanément : arrêt psychomoteur et état cœnesthétique gai.

dans un sac de paille; il les planta contre le mur du jardin et se réjouit en lui-même en voyant, plus tard, la semence sortir de terre. Un autre, questionné au sujet d'un fragment d'écorce d'arbre qu'il avait arraché, répondit : « Les serpents changent de peau aussi. » Parfois l'excitation de l'état cœnesthétique se présente sous forme d'érotisme; les femmes, en pareil cas, veulent retenir et embrasser le médecin en faisant des allusions à leurs prochaines fiançailles. Des idées délirantes de nature expansive surviennent d'une façon passagère. Le sommeil et l'appétit sont le plus généralement défectueux, le poids du corps diminue.

2° ***Dépression avec phénomènes d'agitation***. — C'est en

quelque sorte le type inverse à l'état maniaque avec manifestations de stupeur. A ce groupe se rattachent les cas dans le genre de celui représenté par la figure 117, dans lesquels survient une *humeur triste* avec de l'*agitation* et de la *fuite d'idées*; cas qu'on pourrait désigner sous le nom de *dépression agitée*. Chez un maniaque, l'humeur peut se transformer brusquement en arrêt psychomoteur, et chez un déprimé cet arrêt peut tout à coup céder la place à un état cœnesthétique gai.

Dans le passage de la phase maniaque à la phase dépressive, le changement de symptômes peut survenir à différents moments, mais cette forme de *dépression avec agitation* peut aussi survenir comme un accès indépendant. La compréhension, la présence d'esprit, l'orientation et la mémoire sont presque toujours intactes. Les troubles sensoriels et les idées délirantes sont rares et transitoires. L'état cœnesthétique triste peut être très intense, s'accompagner d'idées de suicide, d'auto-accusation, de refus de nourriture, d'auto-mutilation, ou bien cet état peut aussi n'être qu'indiqué par une humeur irritée, des plaintes, des querelles, des tracasseries; l'excitation, de son côté, peut être violente ou douce, indiquée seulement, par exemple, par le besoin de parler.



Fig. 117. — Folie intermittente. — Accès de dépression avec agitation.

3° ***Manie avec arrêt de la pensée***. — Quand on tient compte de l'association chez le même intermittent de symptômes aussi contraires que la fuite d'idées et l'arrêt de la pensée, on constate que le nombre des états mixtes possibles est très grand. Un cas qui se présente assez souvent en clinique est celui où un *état cœnesthétique gai avec agitation psychomotrice* se trouve réuni à un *arrêt de la pensée*; une pareille association est en opposition avec la

manie classique accompagnée habituellement du phénomène de la fuite d'idées. Il n'est pas rare que cet état mixte se présente vers la fin d'un accès maniaque, à la période de décroissance ou de *moria* (Mendel). Parfois l'accès mixte survient aussi à titre indépendant. On pourrait désigner cette forme sous le nom de *manie avec arrêt de la pensée* ou *manie improductive*.

Les malades présentent un état cœnesthétique expansif avec un besoin de s'occuper ; ils font toutes sortes d'extravagances, sont parfois érotiques, impossibles à diriger, irritables, coléreux ; leur agitation peut s'accroître à l'extrême. Pourtant, leurs expressions verbales laissent apercevoir une certaine monotonie avec faiblesse de l'imagination. Au lieu d'être continuellement en éveil et plein d'inventions comme le maniaque ordinaire, le sujet est plutôt absurde et niais, au point qu'on pourrait le prendre pour un dément. Les malades ont l'esprit lourd ; il leur faut souvent réfléchir longtemps avant qu'un nom, d'ailleurs familier, leur vienne à la pensée ; l'orientation est pénible ; la solution de petits problèmes de calcul leur demande un temps infini, pour souvent ne pas aboutir à une réponse correcte. Leurs plaisanteries, qu'ils étalent d'un air radieux, sont fades et plates. Leurs mouvements sont saccadés, précipités, désordonnés, sauvages (Voy. fig. 102). Souvent ces malades ne répondent que : « oui, oui », ou « je sais, je sais », ou quelque chose dans ce genre.

4° ***Formes mixtes atypiques***. — De temps en temps se présentent en clinique des *formes mixtes atypiques*, de telle façon que la dépression ou l'arrêt psychomoteur, au lieu de produire une difficulté de la pensée, produit plutôt une fuite d'idées. Par exemple, un sujet plongé dans la stupeur mélancolique ne parlait que d'après des associations par assonances.

Certains malades se plaignent de ce que, à l'état de dépression, leurs pensées se pressent dans leur cerveau. De même aussi dans la stupeur avec excitation maniaque, on constate quelquefois une fuite d'idées au lieu d'une difficulté de penser. Un autre groupement des symptômes fondamentaux peut encore produire simultanément de l'arrêt dans un certain nombre de fonctions psychomotrices, par exemple le besoin de rester au lit, l'incapacité du travail, la lourdeur dans les mouvements des extrémités, et, à côté de ces phénomènes, de l'excitation ver-

bale; ou bien encore un mélange singulier de sentiment très élevé de sa propre personne avec un état cœnesthétique triste. Cette dernière forme naît d'un état d'excitation avec irritabilité qui ressemble à certaines variétés de la manie raisonnante. Enfin, dans quelques cas, il se produit une transformation si prompte des divers symptômes, qu'on se trouve en présence d'une nouvelle forme plus compliquée. C'est surtout la transformation rapide dans le domaine affectif (changement déjà très marqué dans la manie classique) qui, par les continuelles oscillations entre l'humeur gaie et l'humeur triste, caractérise toute une série de cas.

II. — Évolution des accès dans la folie intermittente.

Les accès de la folie intermittente présentent, au point de vue de leur durée et de leur évolution et selon les diverses formes décrites plus haut, les plus grandes différences entre eux. Depuis les accès qui se passent en peu de jours, et même en un seul jour, jusqu'à ceux qui durent quatre et même sept ans, on peut observer tous les intermédiaires. Nous avons déjà fait remarquer la rareté d'accès tout à fait purs, c'est-à-dire présentant seulement soit de l'excitation maniaque, soit de la dépression mélancolique. Il est vrai que, d'ordinaire, l'un de ces deux états fondamentaux prédomine. Mais, fréquemment, la phase opposée se montre soit comme période préliminaire, soit comme stade final, soit encore par courts intervalles épisodiques. En observant attentivement un ensemble de 150 cas, j'ai trouvé que 20 p. 100 des malades avaient au moins un ou plusieurs accès ayant un caractère mixte prédominant, tandis que j'ai remarqué, dans 33 p. 100 des cas, des états mixtes transitoires, particulièrement pendant le passage d'une phase à la phase opposée. Des oscillations souvent réitérées d'un groupe de symptômes se sont trouvées dans 14 p. 100 des cas.

Indiquons maintenant par la méthode graphique l'évolution possible des accès. Une ligne droite, noire, pleine, —, indique le temps de l'arrêt des fonctions psychomotrices ; une ligne blanche, ═, marque le temps de l'excitation. La courbe ⌒ au-dessus de la ligne droite exprime l'état cœnesthétique expansif ; la

ourbe au-dessous de la ligne droite exprime l'état cœnesthétique déprimé (fig. 118).

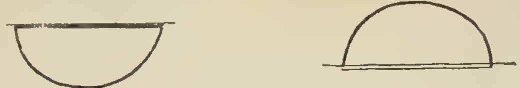


Fig. 118.

Arrêt psychomoteur avec dépression. — Agitation avec état cœnesthétique expansif.

L'évolution de la folie intermittente qui consiste dans un accès de manie précédé ou suivi d'un stade de dépression, évolution qu'on considère souvent comme typique, est représentée par la figure 119, dans laquelle



Fig. 119. — Représentation graphique d'un accès d'excitation précédé et suivi d'une phase de dépression. Les traits verticaux indiquent les semaines.

les traits de séparation indiquent les semaines. Dans un de nos cas, il y avait un accès de dépression suivi d'un



Fig. 120. — Graphique d'un accès de dépression suivi d'une courte phase d'excitation. Les traits verticaux marquent les semaines.

stade maniaque. Nous le représentons par la figure 120.

Un autre cas de stupeur avec phénomènes maniaques se

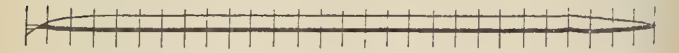


Fig. 121. — Graphique d'un accès de stupeur accompagné de phénomènes maniaques.

représente par la figure 121, où les traits verticaux marquent les mois.

Un autre cas de dépression avec agitation est représenté par la figure 122.



Fig. 122. — Graphique d'un accès de dépression avec agitation maniaque.

Presque toujours, les états mixtes se manifestent, quand le revirement de l'état cœnesthétique n'a pas lieu en même temps que le changement dans les fonctions psychomotrices du sujet. Ces états se produisent encore d'une façon intercurrente, lors de la transformation passagère d'un symptôme en symptôme contraire. Dans un de nos cas, par exemple, on voit survenir, à la fin de la troisième semaine d'un accès d'excitation, une dépression passagère avec agitation ; puis, la manie règne jusqu'à la fin de la sixième semaine; après quoi s'établit l'arrêt psychomoteur avec état cœnesthétique expansif persistant, de sorte que la forme de la stupeur maniaque subsiste pendant deux semaines et demie et que les dernières trois semaines et demie se passent dans la stupeur mélancolique. Cette évolution est indiquée par la figure 123.



Fig. 123. — Graphique d'un accès d'excitation suivi d'une courte phase de dépression agitée, d'un long accès maniaque et, finalement, de stupeur mélancolique.

Dans des cas de changements plus fréquents de symptômes, la forme de la folie intermittente peut encore devenir beaucoup plus compliquée, ainsi que le montre le graphique représenté par la figure 124.

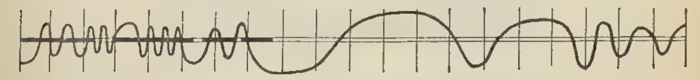


Fig. 124. — Graphique d'un cas de folie intermittente à forme très complexe.

Dans la grande majorité des cas, l'histoire clinique de l'intermittent est dominée par un état cœnesthétique fon-

damental, gai ou déprimé. S'il est vrai qu'on peut dire que tel accès de manie est accompagné d'intervalles de dépression, précédé ou suivi d'un stade mélancolique; ou bien que, inversement, tel accès de dépression a eu des interruptions, des périodes maniaques, il ne faut pourtant jamais oublier qu'à tout moment il peut se produire un brusque revirement, avec retour à l'état cœnesthétique primitif, propre au sujet.

La connaissance de ces transformations, souvent brusques, est importante en pratique, parce que, dans certains cas, même chez un maniaque typique, il peut survenir, en même temps qu'une dépression soudaine, une tentative



Fig. 125. — Folie intermittente. — Accès de stupeur légère en voie de transformation en manie raisonnante.

de suicide. La figure 125 représente une malade en voie de passer de la stupeur à la manie raisonnante.

III. — Évolution de la folie intermittente dans son ensemble.

Tout ce qui précède a déjà permis de reconnaître que, dans la folie intermittente, très fréquente en clinique, l'affection a une tendance à se produire par accès ou pério-



Fig. 126. — Folie intermittente. — Premier accès de dépression légère chez une femme de vingt-trois ans.

diquement. La manie simple classique est généralement considérée comme une affection rare; de même on ne rencontre que très rarement une dépression mélancolique unique, présentant les symptômes de l'arrêt psychomoteur avec difficulté de penser, abattement, tristesse. Cependant, des cas de ce genre peuvent s'observer quelquefois.

A remarquer que, chez des sujets jeunes ayant eu un accès

isolé de manie ou de mélancolie, on ne peut jamais affirmer qu'il ne se reproduira pas plus tard de nouveaux accès. C'est le cas de la jeune femme représentée par la figure 126.

Sur 2400 cas, Mayser n'a trouvé que 1,3 p. 100 de manie simple. Parmi mes malades atteints de la folie intermittente, je n'en ai trouvé que 4 p. 100 n'ayant eu qu'un accès isolé ; encore faut-il remarquer que les renseignements sur le passé des malades ne donnent jamais la certitude absolue que des états légers d'excitation ou de dépression n'ont pas passé inaperçus. Sur 133 malades, 22 en étaient à leur second accès, 33 à leur troisième et 23 à leur quatrième accès; 13 avaient eu cinq accès, 17 avaient eu six accès; 6 eurent leur septième, 2 leur huitième et 3 leur neuvième accès. Un d'entre eux comptait quatorze accès, et sept d'entre eux en comptaient un bien plus grand nombre dont on ne peut donner exactement le chiffre. La plupart du temps, le premier accès survient à l'âge de la puberté, plus rarement au moment de l'involution ou dans la vieillesse.

Mendel cite un cas de manie survenu pour la première fois à l'âge de quatre-vingts ans, qui dura six mois; après quoi le malade resta en bonne santé pendant cinq ans encore.

On parle souvent de certaines variétés, comme la *manie périodique*, la *mélancolie périodique*, la *folie circulaire*. Dans cette dernière forme, on observe un changement régulier et alternant entre la manie, la dépression et un intervalle d'état normal. Mais, en fin de compte, la plupart de ces formes présentent, en réalité, une marche atypique, dans laquelle des états maniaques, dépressifs et mixtes, d'espèces les plus diverses, alternent sans aucune régularité avec des intervalles d'état normal d'une durée très variable.

Un malade, par exemple, présente à l'âge de trente et un, de trente-quatre, de trente-huit, de quarante et un et de quarante-trois ans des accès maniaques, interrompus quelquefois par de courtes phases de dépression; d'autres sont frappés chaque année ou chaque trimestre. Des femmes sont atteintes à chaque menstruation. Le nombre possible des variations est à cet égard incalculable. Généralement, les accès tardifs sont plus longs et les intervalles sains sont en pareil cas beaucoup plus courts.

Sur dix malades atteints de la folie intermittente, un

seul environ présente d'une façon prédominante le type de la mélancolie ou de la manie périodiques. Dans la forme dite *circulaire*, on a essayé de distinguer plusieurs variétés :

1° *Folie à double forme* proprement dite (alternance d'excitation et de dépression avec des intervalles sains), conformément au graphique représenté par la figure 127;



Fig. 127. — Graphique de la folie à double forme.

ou bien la disposition inverse (dépression et excitation avec intervalles normaux), ainsi que le montre le graphique représenté par la figure 128 :

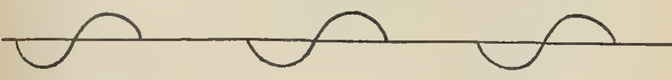


Fig. 128. — Graphique représentant une autre variété de la folie à double forme.

2° *Folie intermittente à type continu* (fig. 129);

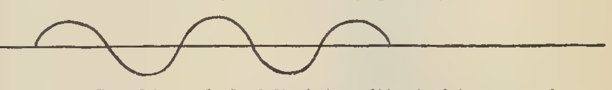


Fig. 129. — Graphique de la folie intermittente à type continu.

3° *Folie intermittente à accès sériés* (fig. 130);

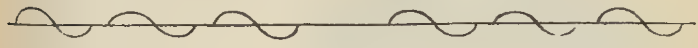


Fig. 130. — Graphique de la folie intermittente évoluant par accès en séries.

4° *Folie intermittente à forme alterne* avec un intervalle sain après chacune des phases (fig. 131).



Fig. 131. — Graphique de la folie intermittente à forme alterne.

En réalité, cette classification a peu d'importance, puisque les types sont extrêmement variables, et que toutes

les transitions possibles se produisent, tandis que les cas purs sont très rares.

Les figures 133 et 134 montrent un malade dont la folie intermittente a évolué conformément au graphique suivant :

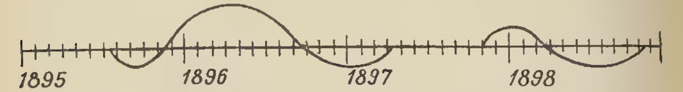


Fig. 132. — Histoire graphique d'une folie intermittente. Quatre années divisées en douze mois avec l'indication des accès d'excitation, de dépression et des intervalles normaux.

Dans un cas, on a constaté que le type alternait toutes les vingt-quatre heures. Les variétés tout à fait régulières sont, comme nous l'avons dit, des plus rares. Le plus souvent ce sont des états de manie raisonnante ou de légère dépression qui sont réguliers, et qui d'ailleurs se reproduisent quelquefois dans les divers accès en se ressemblant « avec une fidélité photographique ». On observe aussi quelquefois une manie intense alternant avec une légère dépression ou une manie raisonnante alternant avec de la stupeur mélancolique, comme c'était le cas du malade représenté par les figures 133 et 134.

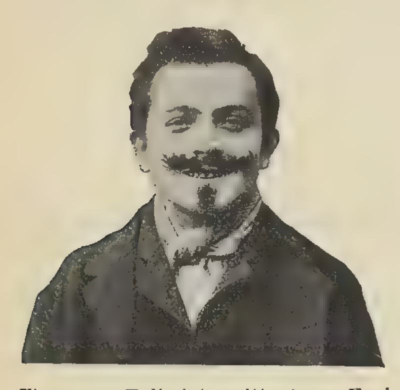


Fig. 133. — Folie intermittente. — Excitation maniaque ; manie raisonnante.

Les cas dont l'évolution est le plus typique sont sans doute ceux, peu graves, qui se développent en dehors de l'asile, dans lesquels l'état cœnesthétique triste alterne très régulièrement avec un léger calme, et qu'on a été assez souvent conduit à considérer comme une *neurasthénie circulaire ou périodique*. Quand les accès se succèdent rapidement, il arrive que l'intervalle normal lui-même, au lieu d'être un temps intermédiaire absolument

sain, est remplacé par une phase d'agitation et de mauvaise humeur. Parfois se produisent aussi, d'une façon périodique, un état de manie délirante, de manie avec hallucinations, ou bien des formes mixtes.

La forme la plus fréquente sous laquelle se présente la psychose intermittente est le type à évolution circulaire atypique avec un certain degré de polymorphisme. En pareil cas peuvent se succéder : la manie raisonnante, la grande excitation maniaque, la stupeur, un état cœnesthétique légèrement triste, même la manie délirante avec des états mixtes. Cependant, la plus grande partie de l'accès porte généralement, dans l'ensemble, un caractère d'unité.



Fig. 134. — Folie intermittente. — Même malade en état de stupeur mélancolique (fig. 133).

Un cas qui prouve combien le *pronostic* offre peu de certitude, au point de vue de la périodicité des formes morbides que nous étudions, est celui d'une femme représentée par la figure 135, qui, jusqu'à sa cinquante-huitième année, eut de nombreux accès de dépression, lesquels restèrent toujours entièrement pareils. Ensuite elle eut une attaque d'apoplexie et devint hémiplégique gauche. Là-dessus survint de nouveau un accès de dépression, auquel, pour la première fois de sa vie, se joignit un accès de manie typique. Depuis ce temps, il se produit tous les ans chez cette malade un accès circulaire avec une succession de manie et de mélancolie, souvent aussi avec des états mixtes. L'état cœnesthétique gai est, ainsi que le montre la figure 135, la plupart du temps inaltérable, malgré sa paralysie et les menaces d'escarres. Le besoin de parler et la fuite des idées sont très prononcés. On constate toujours nettement chez elle la tendance à rimer (le bon docteur — est mon libérateur), à déclamer des citations, à faire des taquineries aux médecins.

On peut seulement indiquer d'une manière tout à fait générale que le premier de tous les accès de la folie intermittente est le plus souvent formé par une phase mélanco-



Fig. 135. — Folie intermittente. — Au début, longue série d'accès de dépression. Après une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie gauche, accès de dépression suivi, pour la première fois, d'un accès de manie. Depuis, succession alternative d'accès d'excitation, de dépression et de formes mixtes.

lique; et, de plus, que les accès ultérieurs sont un peu plus graves, durent plus longtemps, se succèdent un peu plus rapidement et présentent plus de tendance à se manifester sous des formes mixtes.

IV. — **Diagnostic de la folie intermittente.**

Le *diagnostic différentiel* de l'accès, sans l'appui des renseignements sur le passé du malade, peut présenter de grandes difficultés. Un accès de manie classique présente à la vérité un aspect trop caractéristique pour être confondu avec le *délire alcoolique* ou la *paralysie générale* à la période d'excitation. Le délire alcoolique a pour lui sa désorientation et la conservation de la présence d'esprit, sa disposition gaie de l'humeur, ses troubles sensoriels et

son tremblement. La paralysie générale se reconnaît par l'affaiblissement de la mémoire, le trouble de la parole et les troubles des réflexes pupillaires. De même, il est difficile de se méprendre sur les symptômes d'une dépression mélancolique avec arrêt des fonctions psychomotrices et intellectuelles.

Les états d'excitation relativement plus légère avec *idées délirantes*, survenant au cours de la folie intermittente, peuvent faire penser à la *paralysie générale*. Mais, dans cette dernière affection, sans parler des symptômes somatiques, la mémoire est nettement affaiblie, la faculté d'abstraction très diminuée. L'*excitation catatonique* à un faible degré, accompagnée d'un état cœnesthétique gai, ne présente pas le phénomène de la fuite d'idées; dans les expressions orales du sujet, on constate une tendance à répéter certains mots d'une façon stéréotypée; en même temps, il existe une complète incohérence des idées; de plus, au lieu du besoin d'agir qui caractérise le maniaque, on constate ici un besoin de mouvements sans but, de même que du négativisme avec certaines attitudes maniérées et des tics caractéristiques. Les états d'excitation de nature *hystérique* se rattachent à des mobiles d'ordre extérieur. L'excitation d'origine *épileptique* s'accompagne d'une idéation moins désordonnée et d'un trouble de la conscience plus accusé que la forme délirante de la manie.

Il faut distinguer les états de dépression mélancolique survenant au cours de la folie intermittente à un âge avancé, de la *mélancolie d'involution* et de la *mélancolie sénile*. Dans celle-ci, l'arrêt psychomoteur et intellectuel n'existe pas et ordinairement les idées délirantes ont une direction plus déterminée; de plus, il existe un état d'angoisse plus marqué en comparaison avec l'état cœnesthétique triste, mais bien moins accusé que celui qu'on observe chez les mélancoliques avec stupeur. Chez des sujets jeunes, il importe de bien distinguer la dépression mélancolique de la *stupeur catatonique*.

L'arrêt psychomoteur de la dépression mélancolique, avec son ralentissement uniforme de tous les mouvements, doit surtout être différencié du négativisme, des particularités motrices, des grimaces, des tics, des attitudes maniérées du catatonique. L'état cœnesthétique de la *démence précoce* est essentiellement plus superficiel, les troubles

sensoriels et les propos absurdes, délirants, sont beaucoup plus fréquents.

La délimitation des *formes mixtes* est parfois plus difficultueuse. En particulier, la stupeur avec symptômes maniaques rappelle la *paralysie générale*; la dépression mélancolique avec phénomènes d'agitation rappelle encore plus la *mélancolie d'involution* que la stupeur dépressive, tandis que la manie avec arrêt de la pensée (*manie* dite *improductive*) peut être prise pour un état d'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Les états tout à fait légers d'excitation ou d'abattement ont souvent été confondus avec la *neurasthénie*. Ils s'en distinguent principalement par leur rapide apparition sans phase préliminaire, par leur caractère réfractaire aux moyens thérapeutiques et par le fait que le sommeil est presque toujours bien conservé.

Quelles que soient les variétés, il y a à tenir grand compte de l'*expression du visage*. Chez les maniaques avec accidents de dépression, la physionomie révèle soit une gaieté, soit un abattement absolument aussi naturels que chez l'homme sain, et n'ayant rien de commun avec les grimaces maniérées, les ricanements, les grincements du catatonique ou avec les traits relâchés du paralytique général.

Le diagnostic devient beaucoup plus facile quand un certain nombre d'accès se sont déjà produits antérieurement. Il faut pourtant remarquer que la *démence précoce*, à cause de sa marche procédant par poussées successives, peut prendre toutes les apparences d'un état intermittent, et, d'autre part, que dans la *paralysie générale* il se produit une ou plusieurs rémissions qui pourraient donner le change et être prises pour des intervalles sains.

Au point de vue de l'*évolution de l'affection*, il est impossible d'établir un diagnostic différentiel. Il est tout aussi difficile de reconnaître, d'après la forme de l'état, si un accès appartient à une manie circulaire ou à une manie périodique ou à une manie dite *simple*, que de dire, en regardant un enfant, s'il a des frères et sœurs ou s'il est unique.

La folie intermittente ne se transforme guère en démence précoce ou en paralysie générale. Elle peut se développer en raison d'une prédisposition de nature dégénérative, en particulier sur le terrain de l'hystérie ou

même de l'épilepsie, car on a pu observer des accidents comitiaux chez des malades atteints de la folie intermittente. On a quelquefois décrit une combinaison de la folie intermittente avec la paralysie générale. Mais on ne saurait être trop prudent dans ces diagnostics à double face, car il ne s'agit presque toujours, en fin de compte, en pareil cas, que d'une paralysie générale avec des stades initiaux de dépression ou d'excitation. Naturellement, l'intermittent peut succomber à des affections purement exogènes, intercurrentes, par exemple au *delirium tremens*, comme nous l'avons observé dans un cas personnel.

Anatomie pathologique. — Il ne saurait encore être question de constatations anatomo-pathologiques certaines. L'hyperémie cérébrale, qui a été quelquefois constatée macroscopiquement, n'est pas nécessairement en relation directe avec la folie intermittente. Les altérations histologiques des cellules, constatées d'après la méthode Nissl, ne peuvent encore être expliquées et bien interprétées. Pilcz déclare que dans dix cas il n'a pu constater rien de pathologique; que dans sept cas on pouvait admettre un foyer de nature cicatricielle ; que dans dix autres cas il a fait une constatation positive toujours différente. Il croit qu'il faut chercher des *anomalies*, principalement d'ordres morphologique et histologique.

Pronostic. — Le pronostic de l'accès isolé est favorable. L'accès guérit au point que le malade de naguère redevient complètement capable de vivre dans son milieu ordinaire et même d'accomplir de grands travaux intellectuels, voire même des découvertes.

Un grand naturaliste allemand, membre de l'Académie française, avait des accès de folie intermittente. Il est vrai que des accès isolés ne cessent chez lui que tard, après cinq années ou plus. Et il reste toujours probable qu'un nouvel accès se produira plus tard. Quand et de quelle façon l'accès se produira-t-il? c'est ce qui ne peut être indiqué avec certitude. S'il y a eu antérieurement un certain nombre d'accès, on peut s'attendre à ce que les accès ultérieurs suivent une marche semblable, sauf qu'ils seront, à la vérité, plus intenses et plus riches en alternances. Ce n'est que dans les accès légers, revenant fréquemment, qu'il reste assez souvent, même pendant l'intervalle sain, une certaine fragilité persistante des fonctions intellectuelles et de la psychomotilité; de même que pour les

violents accès survenant dans la vieillesse, la *restitutio ad integrum* ne peut toujours s'obtenir complètement.

Étiologie et nature de la folie intermittente. — La folie intermittente est une affection *endogène* par excellence. Ce qui le prouve, c'est la part considérable qui revient dans cette psychose à l'*hérédité*. Sur 137 cas, dont nous écartons 34 pour insuffisance ou incertitude de renseignements, nous trouvons 96 fois une hérédité très chargée. Ce n'est que dans 7 cas que l'influence héréditaire était niée d'une façon digne de foi. On peut certainement admettre l'hérédité dans 90 p. 100 des cas. Très fréquemment, la forme morbide transmise par l'hérédité ne varie guère : les sujets d'une même famille sont généralement frappés de la même forme de folie intermittente. Parfois, les accès des membres d'une même famille se ressemblent trait pour trait ; dans d'autres cas, les ascendants présentent plutôt de la mélancolie et les descendants plutôt de la manie, ou réciproquement. De deux cousines, l'une avait chaque fois de la manie raisonnante avec état cœnesthétique irrité, l'autre avait un accès de manie grave accompagnée parfois d'une très légère dépression.

Les conditions héréditaires jouent vraisemblablement un plus grand rôle qu'on ne l'admet d'ordinaire. Chez beaucoup de membres d'une même famille qui n'avaient jamais subi un traitement psychiatrique, on peut observer un trait caractéristique quelconque constituant un symptôme de la folie intermittente, comme, par exemple, l'excitabilité, l'humeur ou trop grave ou trop gaie, la loquacité ou le mutisme, l'imagination trop débordante. Dans bon nombre de cas, on a constaté que les intermittents présentaient dès leur jeunesse des particularités caractéristiques. Les uns, en très petit nombre il est vrai, étaient médiocres, presque imbéciles, tandis que la plupart d'entre eux étaient intellectuellement très bien doués. Quelques-uns se faisaient remarquer par leur hypocondrie, leur caractère tatillon, indécis, leur piété exagérée, leur sympathie pour l'Armée du Salut, leur recherche trop ardente des plaisirs, leur tendance à composer des vers, leurs rêvasseries. Un de ces malades, par exemple, étant enfant, avait des moments de misanthropie et d'humeur acariâtre, d'autres pendant lesquels il était bavard et tracassier. Ce même malade avait eu dans sa jeunesse une

encéphalite consécutive à un traumatisme cranien. Dans un cas, la menstruation n'avait jamais paru. La cause de la psychose ne doit pourtant nullement être cherchée dans cette dernière circonstance, qui constitue elle-même un des symptômes de la prédisposition morbide. Parfois, on constate une simple disposition à l'hystérie; dans d'autres cas, apparaissent, mais seulement pendant les accès de la folie intermittente, des symptômes d'hystérie et même des attaques très marquées de cette névrose.

Assez fréquemment on explique l'accès isolé par une cause venant du sujet lui-même, comme la *grossesse*, la *puerpéralité*, la *lactation*, la *ménopause*, de sorte qu'on peut quelquefois accorder à ces facteurs la valeur d'une cause déterminante au point de vue de la production de l'accès isolé de la folie intermittente. Ces divers motifs sont probablement invoqués d'autant plus souvent que le *sexe féminin* paraît plus prédisposé à cette psychose que le sexe masculin.

Il n'est pas rare aussi de voir signaler dans les renseignements sur le début de l'affection des *causes d'ordre moral* : une frayeur à l'occasion d'un incendie, une émotion à propos d'un événement de famille, comme les fiançailles et le mariage, la rupture de fiançailles, un décès, des examens et des concours, un congé reçu. La *masturbation* figure également parmi les causes indiquées. On voit fréquemment que le même sujet est frappé d'une série d'accès évoluant toujours suivant le même mode et dont chacun est expliqué par une cause différente : une première fois, il s'agit d'un choc psychique, une autre fois d'un traumatisme, une troisième fois sans cause apparente. Bien entendu, les diverses causes indiquées ne sont que des circonstances occasionnelles de peu d'importance.

La grande majorité des premiers accès se produit à l'*âge de la puberté*, ainsi que le montre le graphique de la figure 136. On trouve aussi quelques cas dans lesquels les premiers accès sont survenus à l'âge de l'involution.

On doit admettre qu'un organisme psychopathique oppose à cette première crise physiologique une résistance d'autant plus forte qu'il est moins atteint par la dégénérescence et que les accès ne se produisent alors que plus tard, à l'époque dite *de retour d'âge*. Il est possible que des sujets plus résistants traversent sans accidents ce *tempus minoris resistentiæ*, jusqu'à ce que la vieillesse

avancée, par son influence dégénérative propre, permette à la psychose de se manifester librement.

Meynert croyait pouvoir expliquer les phases diamétralement opposées de la folie intermittente par des *altérations périodiques de l'innervation vasculaire.* Une tension trop élevée de la musculature des vaisseaux doit, d'après cet auteur, produire l'anémie du cerveau et provoquer à sa suite un abattement général avec état cœnesthétique triste, tandis que la dilatation des parois vascu-

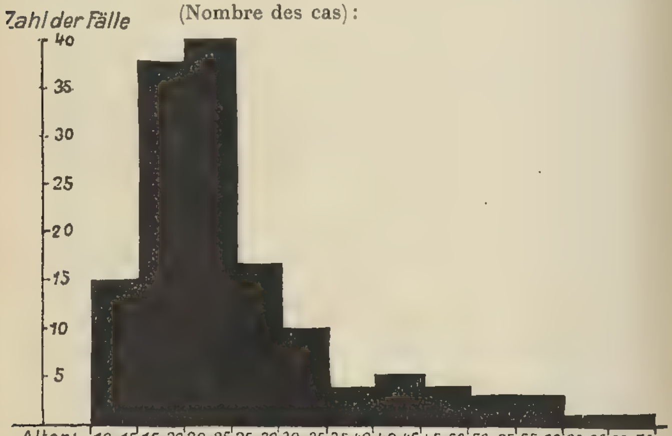


Fig. 136. — Graphique indiquant le *nombre des cas* et les *âges moyens de la vie* où se produit le premier accès de la folie intermittente.

laires produit de l'hyperémie qui a pour conséquence une excitation maniaque. Cette hypothèse n'est nullement démontrée et ne peut surtout se soutenir en présence des états mixtes que nous avons décrits plus haut.

En quoi consistent exactement les causes des phases opposées et de la périodicité des accès? Jusqu'à présent nous ne pouvons que les soupçonner. Les *processus physiologiques à évolution périodique*, comme le sommeil, la menstruation et, selon Havelock Ellis, l'impulsion sexuelle chez les animaux, caractérisent également les phénomènes du rut et de l'hibernation. Bien entendu, dans

ces actes physiologiques dépendant de toutes sortes de facteurs, il ne saurait être question d'une loi physique aussi régulière que l'est, par exemple, celle qui gouverne les processus périodiques du système solaire. Nous rencontrons également des oscillations périodiques dans le domaine psychique. La capacité de production d'un homme s'exprime jour par jour par une certaine courbe déterminée. Chez des artistes, la productivité intellectuelle subit très nettement des oscillations périodiques. Möbius essaie d'expliquer physiologiquement la périodicité de l'activité artistique de Gœthe : chez ce poète, à des périodes de moindre production succédaient subitement des phases pendant lesquelles la source qui semblait tarie se remettait à jaillir de nouveau ; le travail intellectuel s'accomplissait alors avec une facilité extraordinaire ; en même temps revivaient chez lui des sentiments érotiques, — phénomène dont le poète lui-même a eu conscience et qu'il avait désigné sous le nom de sa « seconde puberté ». Dans le domaine pathologique, nous voyons les phénomènes périodiques survenir d'une façon bien moins régulière. Ainsi, nous sommes bien obligés d'admettre l'existence de l'épilepsie quand, dans toute la vie d'un sujet, est survenue peut-être une seule attaque classique, sans que ce cas puisse être distingué pour cela de ceux où, au cours d'un seul mois, se produisent cent attaques comitiales et plus.

Traitement. — Seuls, les cas les plus légers peuvent se traiter dans la famille, à condition d'être surveillés très étroitement. Presque toujours l'excitation se calme dès l'entrée du sujet à l'asile. A cause de leur excitabilité et de la facilité avec laquelle change leur humeur, il est bon, autant que possible, de mettre les malades au plus grand repos et de les séparer complètement des autres pensionnaires, de façon qu'ils ne puissent ni les voir, ni les entendre.

Les *bains* chauds prolongés ont souvent un excellent effet dans la manie grave. Il faut donner aux intermittents une bonne nourriture. Pour prévenir l'accès attendu, Hitzig recommande des injections hypodermiques d'*atropine* à la dose de 0gr,001 à 0gr,003 en graduant ces quantités avec beaucoup de précaution et en les diminuant ensuite progressivement. D'autres auteurs recommandent, dans le même but, l'*hyoscine* à la dose de 0gr,001 ou des *bromures* à haute dose, de 1 à 12 grammes.

La dépression mélancolique exige une surveillance active, à cause des idées et tentatives toujours possibles de suicide. L'*alitement*, un régime alimentaire fortifiant, une régularisation des selles sont des moyens très utiles en pareil cas. On a recommandé l'*opium* et aussi le *bisulfate de quinine*. Dans la stupeur la plus intense, le *massage* trouve son application. Il importe de surveiller le poids du corps par des pesées régulières, très fréquentes. On ne doit pas cesser le traitement adopté pour telle ou telle forme de la folie intermittente avant que le poids primitif du sujet n'ait été regagné et maintenu depuis un certain temps. L'abstention complète de l'alcool doit être la règle.

Dans les intervalles sains, les malades doivent se garder avec grand soin de toute excitation, de tout excès et de toute irrégularité dans le régime. Les enfants de familles dans lesquelles la folie intermittente est héréditaire ont besoin d'une éducation particulièrement attentive, sans surmenage ; une grande prudence est surtout nécessaire au moment du choix d'une carrière.

Médecine légale. — Au début d'un accès d'excitation, certains intermittents font à la légère des achats, des contrats, des dons, des legs ruineux. D'autres se livrent au vagabondage, commettent toutes sortes de scandales, de délits contre les mœurs, se rendent assez souvent coupables de rébellion. En pareil cas, l'irresponsabilité est complète.

Dans les cas d'accès de courte durée, l'interdiction n'est pas nécessaire du moment que les malades sont placés dans un asile.

XVII. — PARANOIA OU DÉLIRES SYSTÉMATISÉS

[Pour faciliter au lecteur français la compréhension du terme « paranoia », indiquons quelques syndromes de la psychiatrie française, ancienne et moderne, qui pourraient, à la rigueur, être désignés par ce terme, en y ajoutant, toutefois, un qualificatif suffisamment précis :

1° La plupart des *monomanies* d'Esquirol ;

2° Le *délire de persécution*, type Lasègue ;

3° Le *délire de persécution avec idées hypocondriaques*, type Morel ;

4° Le *délire de persécution avec idées ambitieuses*, type Foville ;

5° Le *délire des persécutés-persécuteurs*, type Falret;

6° Le *délire chronique à évolution systématique*, passant par quatre phases : inquiétude, persécution, ambition, démence, délire type Magnan;

7° *Délire systématisé unique sans tendances évolutives*;

8° *Délires primaires, multiples, polymorphes, sans évolution déterminée, durables;*

9° *Délires d'emblée et courts des héréditaires dégénérés*;

10° *Délire de persécution avec auto-accusation.*]

Sous le nom de *paranoia* (de παρανοειν, penser de travers) on a désigné et l'on désigne encore beaucoup d'états psychopathiques, à la base desquels se trouvent des idées délirantes plus ou moins systématisées. Mais, comme des idées de ce genre s'observent aussi dans la plupart des affections mentales et comme, au point de vue du diagnostic différentiel, elles n'ont pas plus d'importance pathognomonique que n'en a, par exemple, la fièvre dans beaucoup de maladies internes, — il s'ensuit que cette expression n'a qu'une valeur très relative pour désigner une affection mentale spéciale. Ce qui le prouve déjà, ce sont certaines statistiques d'autrefois, où l'on voulait trouver, parmi les malades de quelques asiles, de 70 à 80 p. 100 de paranoïques. L'expression de *paranoia aiguë* est surtout impropre, puisqu'elle embrasse un grand groupe de cas n'ayant rien de commun entre eux et qui, chacun, évoluent plus tard dans une direction absolument différente. Les partisans de la *paranoia aiguë* prouvent eux-mêmes combien les cas décrits sous ce nom sont peu homogènes, quand ils indiquent les causes de ces cas, notamment l'alcool, le plomb, la cocaïne, le surmenage, le changement d'habitation. Certes, l'alcool peut engendrer des troubles mentaux dans lesquels se manifestent des idées délirantes, mais ces accidents trouvent mieux leur place parmi les affections mentales d'origine alcoolique. Bien des formes morbides par lesquelles débute la démence précoce ont été souvent considérées comme des types purs de *paranoia aiguë* et improprement désignées sous ce dernier nom. Les cas de folie intermittente accompagnés d'idées délirantes, dont nous avons parlé aux pages 330 et 335 de ce livre, ont même conduit à créer la variété dite *paranoia chronique* qu'on trouve décrite dans certains traités de psychiatrie; or, cette variété comprend encore elle-même beaucoup de données contradictoires,

hétérogènes. Un grand groupe de formes morbides accompagnées d'idées délirantes conduisent à l'affaiblissement intellectuel caractéristique de la démence précoce. Ces formes se caractérisent dans leurs stades initiaux par des troubles de la volonté tout à fait pathognomoniques. Nous décrirons ce groupe au chapitre XVIII sous le nom de « démence paranoïque ».

Pour nous, le terme de *paranoia* ne servira à désigner que ce groupe restreint de cas dans lesquels un système délirant permanent se développe progressivement et domine tous les actes du malade, alors que la faculté de raisonner et d'associer les idées, la mémoire et la psychomotilité sont intactes. L'affection se manifeste généralement à l'âge moyen de la vie, entre vingt-cinq et cinquante ans. Ses premiers symptômes remontent presque toujours à plusieurs années en arrière.

En somme, qu'est-ce que la *paranoia* ?

C'est un *délire systématisé* constitué par des idées erronées, bizarres, des associations d'idées singulières, accompagnées parfois d'illusions et d'hallucinations.

Chez les délirants systématisés, le désordre intellectuel a l'apparence d'un trouble partiel, mais, en réalité, une idée délirante ne peut se développer isolément sans irradier fatalement sur toutes les pensées, tous les sentiments et tous les actes du malade, de sorte que le délire systématisé est un véritable trouble mental général.

Les malades partent d'un principe faux dont ils suivent les déductions qui leur paraissent logiques et dont ils tirent des conséquences qui leur semblent légitimes.

Mais les péripéties de cette évolution plus ou moins logique sont extrêmement nombreuses, ce qui donne naturellement lieu en clinique à d'innombrables variétés.

Deux types de *paranoia* sont établis par la clinique : type à *systématisation lente*, progressive et profonde, et type à *systématisation rapide* et superficielle.

Dans le premier, le sentiment de souffrance, quelle que soit sa nature : malaise physique, orgueil blessé, amour, est analysé par le malade ; il en recherche les causes avec soin, il met du temps avant de préciser la moindre conception délirante ; en logicien habitué à ne raisonner que sur des faits qui puissent lui sembler sérieux, il attend des preuves qui mettent souvent des années avant de se produire. Ces preuves, il croit les trouver tantôt dans

l'attitude des gens qui l'entourent, dans les regards des passants, dans les propos qu'il entend tenir dans la rue ou dans les maisons qu'il fréquente. N'oublions pas que le sentiment de souffrance est toujours présent et de plus en plus intense, constituant une véritable *émotion fixe* qui tenaille le malade et qui le force à expliquer le pourquoi de sa douleur. Le systématiseur à forme mélancolique aiguille cette explication vers lui-même et trouve dans son propre passé la cause première de sa douleur. Le systématiseur persécuté, au contraire, dirige son attention vers l'entourage ; sûr de lui-même, tranquille sur son passé, il ne peut voir l'origine du mal qu'en dehors de lui.

Alors, à force de penser à la même chose, à force d'analyser la même souffrance, l'un comme l'autre arrivent au même résultat : leur champ intellectuel se rétrécit et, tout logiciens qu'ils sont, leur raisonnement se rapetisse et ne s'exerce plus que sur un nombre restreint d'idées ayant un rapport étroit avec leur souffrance. C'est peu à peu, sous l'influence de cette sorte d'auto-suggestion, que les systématiseurs finissent par se convaincre de la justesse de leurs préoccupations. Si, à force d'exciter leur faisceau fronto-sphénoïdal, ils parviennent à réveiller le centre auditif et à le faire travailler d'une façon automatique dans le sens de leurs préoccupations, ils auront d'abord des illusions auditives, ensuite de véritables hallucinations. Alors, leur conviction n'est que plus vite entraînée et ils évoluent vers un délire stable, parfaitement organisé et qui, au point de vue de leur logique *à eux*, ne laisse plus rien à désirer : tout est net, tout s'explique. Reste seulement alors à compléter quelques détails : par exemple, pour le systématiseur persécuté, il s'agira de rechercher exactement qui complote contre sa sécurité, les moyens dont dispose l'ennemi, le pourquoi de ses attaques.

Étant donné le cercle vicieux dans lequel se trouve enfermée l'intelligence de ces malades, on comprend qu'ils ont, pour résoudre toutes les questions de détail, ou le moyen des interprétations seules ou le moyen des interprétations combinées avec des troubles sensoriels.

Selon qu'ils se serviront de l'un ou de l'autre de ces moyens, ils arriveront plus ou moins rapidement à trouver la solution de toutes les questions.

Dans un cerveau habitué à une logique serrée et puissante, les interprétations ne permettent d'arriver à une

solution qu'avec une grande lenteur; les troubles sensoriels sont d'un secours plus prompt, car ils apportent avec eux un élément irrésistible : un témoignage qui, aux yeux des malades, est *objectif*. Bref, les malades parviennent à s'expliquer tout : la haine, l'amour, la douleur physique dont ils sont les héros ou les victimes, les uns par leur parenté politique, les autres par leur fortune, les autres encore par leur intelligence supérieure.

Au fond de l'âme de tout systématiseur persécuté, logique avec lui-même, il y a une dose plus ou moins grande d'orgueil. Les systématiseurs mélancoliques sont, au contraire, des individus humbles. La souffrance morale les anéantit, tandis que chez les persécutés elle exalte l'orgueil. De sorte que, instinctivement, par la nature originelle de leur caractère, les uns sont fatalement conduits à l'idée de grandeur, à une sorte de conception hypertrophique de leur personnalité, pendant que les autres, logiquement aussi, sont amenés à l'idée de culpabilité et du suicide.

Mais, pour que les uns et les autres en arrivent là, il faut que leur champ intellectuel se soit rétréci encore plus qu'à la phase de la confirmation de leur délire initial.

Or, le travail du cerveau est soumis aux mêmes lois physiologiques que celui de tous les autres organes de l'économie : n'exerçant que certains neurones de la corticalité, n'utilisant que certains trajets d'association, les autres, restés inactifs, perdent peu à peu leur puissance fonctionnelle et finissent par devenir des éléments négligeables : le cerveau est fonctionnellement amoindri et, si cet amoindrissement devient définitif, l'atrophie s'en mêle à la longue et la démence s'installe. Voilà l'évolution du type du délire à systématisation parfaite, telle qu'elle est possible dans un cerveau doué d'une certaine puissance et habitué à un travail logique d'analyse et de synthèse.

Un type tout à fait opposé est celui du délire dont la systématisation est rapide, superficielle. Le point de départ est exactement le même : une émotion fixe ou une idée fixe. Mais le cerveau n'est nullement habitué à raisonner. Dans la vie ordinaire, nous connaissons tous des individus qui ne savent pas réfléchir, qui n'ont pas l'habitude d'analyser quoi que ce soit. Ils se signalent, naturellement, par un jugement superficiel, une généralisation rapide, un raisonnement par à peu près.

Dans le domaine pathologique, nous retrouvons des

délirants qui raisonnent de cette façon-là. Aussi, n'ont-ils même pas besoin d'hallucinations pour trouver la raison de leur préoccupation : en quelques jours, en quelques semaines ils ont organisé leur délire dans lequel règne, au point de vue de la construction logique, le désordre le plus grand ; tout ce qu'ils disent choque par trop le bon sens ; c'est par trop invraisemblable ; on ne voit aucun enchaînement dans les phénomènes ; sans rime ni raison, on voit, par exemple, des idées de persécution se combiner avec des idées de grandeur, des idées hypocondriaques ou autres. En un mot, c'est un délire *bâclé* et non solidement construit comme dans le type précédent. La rapidité avec laquelle il s'est formé explique pourquoi, dans un certain nombre de ces délires à systématisation très défectueuse, les hallucinations sont absentes.

Entre ces deux types extrêmes, la clinique nous montre l'existence de toutes les formes intermédiaires, absolument comme chez les individus sains la vie réalise tous les degrés depuis l'intelligence la plus puissante en déductions logiques jusqu'à l'esprit le plus superficiel.

Mais les deux types extrêmes du délire systématisé sont-ils d'une essence toute différente? Peut-on affirmer que l'un suppose un cerveau absolument sain à l'origine, tandis que l'autre est le privilège des cerveaux prédisposés?

Quand on étudie attentivement l'histoire des familles des malades à délire systématisé (quelle que soit d'ailleurs la puissance de la systématisation), on découvre très fréquemment, chez les ascendants ou les collatéraux, des preuves incontestables soit de maladies nerveuses ou mentales, soit des tares arthritique ou scrofuleuse.

Ainsi, en ce qui concerne les malades que j'ai eu l'occasion d'étudier, tous sont entachés de tares héréditaires. En examinant le passé personnel de ces malades, on est souvent frappé des singularités de leur intelligence, comme si, dès l'origine, ils avaient en germe l'état mental qui, ultérieurement, sous l'influence des circonstances de la vie, se transformera en une affection délirante systématisée. La disposition vers cette forme morbide me semble être originelle ; ce qui s'acquiert, c'est la faculté de systématiser plus ou moins bien les idées délirantes, pour ainsi dire innées, et qu'une cause occasionnelle quelconque : puberté, ménopause, maladie infectieuse ou intoxication, fera éclater à un moment donné. L'éducation, l'instruc-

tion exercent une grande influence sur la manière de sentir et de raisonner, mais elles changent difficilement les penchants, les tendances naturelles, originelles de l'esprit.

Je crois donc, comme Kraepelin, que, quelle que soit la perfection dans la manière de systématiser un délire, il s'agit dans tous les cas de cerveaux originellement tarés.]

Les malades se sentent mécontents, deviennent méfiants vis-à-vis de leur entourage, manifestent des appréhensions, parlent avec un air attristé de leur condition, critiquent beaucoup de choses qui ne les concernent pas directement. Bientôt, ils s'écartent de leurs relations antérieures ; leur carrière ne les intéresse plus, ils attendent beaucoup de l'avenir, laissent entrevoir qu'ils accompliront encore des actes dont le monde sera étonné. Ordinairement, ce sont tout d'abord des *idées de persécution* qui se rapportent à des motifs imaginaires ou réels ; ces idées sont entremêlées d'affirmations et d'observations de toutes sortes. Le malade rapporte à sa personne tous les événements les plus insignifiants. Lit-il dans les journaux des faits divers, immédiatement il se croit visé. Une conversation à voix basse entre individus qu'il ne connaît pas, un rassemblement dans la rue, tout cela concerne sa personne. Il examine, avant de les prendre, les aliments et les boissons qu'on lui sert, pour s'assurer qu'ils ne présentent rien de suspect. Puis, il ne se sent plus en sûreté chez lui et cherche à changer de domicile. D'un seul contradicteur, il en fait un grand nombre et s'imagine bientôt que des gens ont conspiré contre lui. On le calomnie pour contrarier ses plans d'avenir. L'humanité aurait de lui une tout autre opinion si l'on savait ce dont il est capable et quelles qualités précieuses il possède.

C'est ainsi que, généralement, le paranoïque présente toutes sortes d'*idées de grandeur*, accompagnées d'idées de persécution. L'amour-propre du malade est immense. Parfois, c'est le délire des grandeurs qui domine toute la forme morbide. Le sujet croit qu'il descend d'une famille illustre, mais que, étant enfant, il a été abandonné. Il s'efforce de trouver des preuves de sa noblesse, de son sang princier ; il promet toutes sortes de faveurs, de grâces et de titres ; il fouille dans tous les livres ; il se sent flatté par des allusions à sa naissance qu'il croit y trouver ; il a vu un carrosse seigneurial s'avancer près de lui ; dans

le portrait d'un prince, il découvre une ressemblance avec ses propres traits; le prêtre dans son sermon a fait des allusions à lui. Un malade se prenait pour le fils de Bismarck. Dans une brasserie où un consommateur disait, en parlant de ce qu'il buvait : « En voilà un qui est pur », un autre malade s'appliquait cette remarque. Un matin en se levant, et se sentant reposé par le sommeil, ce même paranoïque déclara avec conviction « que la force d'un sang princier coulait dans ses veines ». En songe, il se voyait transporté dans le palais du roi. D'autres s'imaginent pouvoir faire des découvertes et trouver la quadrature du cercle, le ballon dirigeable ou le mouvement perpétuel.

Un malade, représenté par la figure 137, qui se croyait



Fig. 137. — Paranoia avec idées de grandeur. Le malade est entrain de construire le modèle d'une voiture automobile.

de souche noble, et qui pendant des années avait fait des recherches dans les archives pour y retrouver sa généalogie, avait construit dans ses heures de loisir une voiture de carton qui devait représenter le modèle d'une automobile. D'autres encore se croient être des novateurs en religion, des prophètes, des réformateurs, et il en est même qui réussissent à rassembler autour d'eux un groupe de disciples qui forment une véritable secte (Voy. p. 23).

Il en est qui se croient aimés d'une personne illustre,

d'une princesse, d'une artiste célèbre, et qui s'efforcent de se mettre en contact avec l'objet de leur admiration. Leur conviction est telle qu'ils ne se laissent nullement rebuter par l'accueil plutôt froid qu'ils reçoivent de la part de leurs victimes. Dans certains cas, c'est une *jalousie* sans motif qui est au premier plan du délire ; les malades soupçonnent, observent, épient, tourmentent leurs femmes innocentes en prétendant qu'elles fréquentent celui-ci ou celui-là, ou bien même la ville tout entière.

Un groupe de paranoïques dont la physionomie clinique a des traits particulièrement caractéristiques est celui de malades atteints du *délire processif*. Nous aurons plus loin à nous en occuper en détail. Quant à toutes les autres variétés cliniques, il serait oisif, croyons-nous, d'essayer d'établir une classification d'après la forme des idées délirantes et de distinguer, par exemple, la *paranoia* de persécution, érotique, religieuse, etc.

Dans la *paranoia*, la perception des impressions extérieures n'est pas diminuée ; pourtant il se produit quelques hallucinations, illusions et fausses interprétations en rapport avec le système délirant adopté par le malade. Le travail de l'association des idées se fait comme à l'état normal, la conscience n'est pas obscurcie. Mais toute l'attention du malade se concentre toujours sur ses conceptions imaginaires délirantes.

L'*état cœnesthétique* est en rapport avec les idées délirantes et principalement avec les idées qui concernent le *moi* du malade. Le sujet est excitable ; il a un amour-propre excessif ; il prend tout en mauvaise part ; il n'y a rien d'insignifiant pour sa personnalité ; l'irritation à la suite d'échecs a déjà conduit quelques-uns au suicide. Toute observation de sa propre personnalité, toute critique de lui-même lui est impossible ; il voit la paille dans l'œil du prochain et ne voit pas la poutre dans le sien. Il n'a aucune conscience de son état.

La mémoire reste satisfaisante jusqu'à l'âge le plus avancé. Cependant, les divers événements de la vie sont interprétés par le paranoïque dans le sens de son système délirant. Le malade repasse en revue les souvenirs de sa première jeunesse ; il cherche à les expliquer à sa manière. Les connaissances acquises sont bien conservées, mais presque toujours le paranoïque cesse de s'intéresser à tout ce qui n'est pas en rapport avec son délire. En revanche,

dans la sphère de son délire, il se montre d'une activité infatigable ; il s'oriente dans toute espèce de détails, étudie des gros volumes sur le sujet qui le préoccupe, apprend plusieurs langues étrangères, cherche à acquérir des connaissances en mécanique, en science héraldique, en jurisprudence, [en sigillographie].

D'un trouble pareil dans les rapports du malade avec le monde extérieur naissent inévitablement bien des conflits entre le sujet et son entourage. Certains paranoïques cachent, à la vérité, leurs idées délirantes pendant des années. Quelques-uns échappent même tout à fait à l'asile. Néanmoins, il est parfois indispensable de les interner, car ils commettent souvent des actes dangereux pour l'ordre public en proférant des menaces ou en exerçant des violences. Tout changement de milieu, et en particulier le placement à l'asile, les calme ordinairement. Ils se disent aussi, sans doute, que les médecins de l'asile les aideront à leur faire rendre justice. L'un d'eux, dès son entrée à l'asile, demanda s'il n'était pas arrivé un paquet à son adresse avec la décoration de l'Aigle Rouge, à titre de dédommagement pour le préjudice qu'on lui avait causé. Au début de leur séjour à l'asile, certains sujets dissimulent leurs idées délirantes, mais peu à peu ils se livrent et sont alors généralement très touchés de l'intérêt que les médecins semblent prendre à leurs préoccupations. Mais, aussitôt qu'on leur refuse la liberté qu'ils réclament, ils se fâchent et impliquent les médecins, ainsi que l'administration de l'asile, dans leur délire de persécution. Tout le monde, d'après eux, a été soudoyé pour les perdre ; tous sont mêlés à leurs conceptions morbides.

L'état physique du malade ne présente généralement aucune altération en rapport avec le trouble psychique. L'attitude du sujet, sa manière de se présenter sont correctes ; son visage n'offre aucun trait susceptible d'être considéré comme vraiment pathologique. La plupart du temps, sa physionomie est sérieuse, grave ; quelquefois, ainsi que le montrent les figures 138, 139, 140 et 141, elle exprime l'orgueil, la contrariété ou l'inquiétude. Mais ces expressions de physionomie sont généralement pareilles à celles que nous avons l'habitude d'observer chez des personnes normales. On ne constate chez les paranoïques ni grimaces, ni tics, ni fixité particulière du regard.

Il arrive que des idées de persécution, et particulière-

ment de jalousie, surviennent isolément et assez brusque-



Fig. 138. — Paranoïa avec idées de persécution; expression hautaine et mécontente.

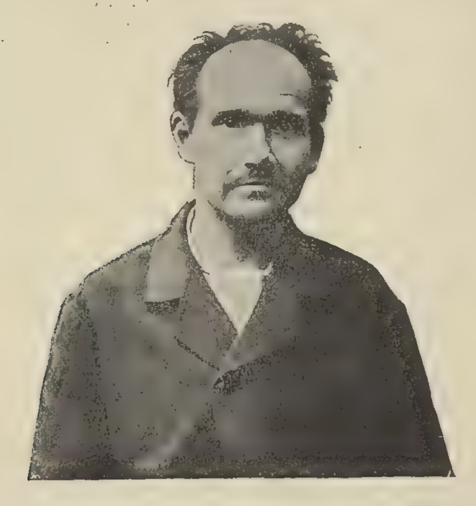


Fig. 139. — Paranoia avec une physionomie exprimant l'inquiétude.

ment, à l'âge d'involution. Cette forme de paranoia a été

décrite par Kraepelin sous le nom de *délire de persécution présénile*.

Des discussions nombreuses ont été soulevées au sujet du *délire de la jalousie*. Quelques auteurs rangent cette dernière variété dans la catégorie du *délire des processifs* (Hitzig). On ne saurait rattacher à ce délire tous les cas dans lesquels un malade adresse sans cesse des plaintes. Bien des sujets atteints de manie raisonnante, bien des hébéphréniques se répandent aussi en plaintes, et surtout les sujets à caractère pathologique, notamment ceux qu'on appelle des *chicaneurs*, des querelleurs ou des *pseudo-processifs*. Dans la *folie processive* proprement dite, il s'agit d'un délire qui évolue d'une façon systématique, chronique, et qui se rattache à un préjudice judiciaire, insignifiant, imaginaire ou réel. Ce délire est solidement établi; il a une tendance à prendre des proportions de plus en plus grandes tout en laissant intactes les facultés intellectuelles. Le malade, qui se croit lésé, s'adresse aux autorités, réclame la protection des tribunaux. Il expose ses prétentions, les développe et les exagère autant que possible au cours des débats. Un processif réclamait d'abord une rente annuelle de 200 marks de dommages-intérêts ; puis 400, plus tard 800, et finalement la somme réclamée s'accrut au capital de 5 000 marks. En même temps, il s'entendait à merveille à farcir ses déclarations d'une terminologie juridique puisée dans les codes, qu'il étudiait assidûment à cet effet. Il défendait son affaire avec une éloquence si persuasive que beaucoup de ses concitoyens, convaincus de son bon droit, lui prêtaient un concours actif.



Fig. 140. — Paranoia. — Expression hautaine et contrariée du visage.

Les contradictions, les réfutations sont tout aussi impuis-

santes à détourner le processif de la poursuite de son but, que les bonnes paroles et les tentatives de conciliation le sont à calmer son ardeur. Malgré l'énergie qu'il met à soutenir ce qu'il appelle son droit, on ne tarde pas à acquérir la preuve qu'il est nettement dans son tort et qu'il est incapable de soutenir ses prétentions au moyen des motifs plausibles. L'état cœnesthétique est, le plus souvent, légèrement surexcité. La physionomie, comme celle du délirant

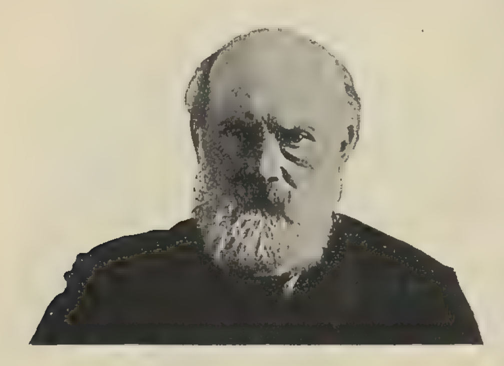


Fig. 141. — Délire processif systématisé. — Expression préoccupée et grave du visage.

processif représenté par la figure 141, est sérieuse, décidée, d'une expression un peu contrariée, mais ne présentant aucun caractère pathologique.

Étiologie. — La *paranoia* est une affection endogène qui, dans la plupart des cas, repose sur une base héréditaire. La transmission similaire n'est pas très fréquente. La folie intermittente et la paranoia sont extrêmement rares dans la même famille. Il est à noter qu'il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes devenant paranoïques. Les malades racontent quelquefois que dès leur jeunesse ils avaient un caractère bizarre, difficile à diriger. Dans bon nombre de cas, on mentionne l'ivrognerie des parents.

Sander a établi une forme spéciale de cette psychose : la *paranoia originaire*, dans laquelle les traits principaux du trouble mental peuvent être suivis en remontant jusqu'à la première jeunesse. Neisser, à propos des cas accompa-

gnés d'abondantes erreurs du souvenir, décrit la *paranoia de confabulation* [une sorte de délire systématisé ressemblant à un entretien familier].

Diagnostic. — Nous avons déjà mentionné les caractères qui délimitent la *démence paranoïque*, syndrome qui conduit progressivement à l'affaiblissement total de toutes les facultés intellectuelles et qui de bonne heure présente quelques-uns des signes de la démence précoce. D'ailleurs, les idées délirantes de la démence paranoïque sont extrêmement confuses et ne peuvent être ramenées à un système logiquement construit; de plus, dans cette psychose, les troubles sensoriels sont bien plus abondants que dans la vraie paranoia. Quoique dans la *paralysie générale* on trouve aussi des idées délirantes qui persistent pendant des mois et même pendant des années, l'affaiblissement des facultés, et principalement le trouble de la mémoire, sans parler des symptômes somatiques, donnent des éléments suffisamment sûrs pour faire un diagnostic. Il est une forme paranoïque de la *démence sénile* qui débute à une époque très tardive de la vie et qui présente, au milieu des idées délirantes, l'affaiblissement intellectuel très marqué. Chez des sujets *alcooliques* ou *épileptiques* peuvent également se développer des idées délirantes stables (Voy. les chap. XV et XXVII); mais en pareils cas il est ordinairement facile d'établir le diagnostic différentiel. Les diverses phases de la *folie intermittente*, par exemple, la forme raisonnante, ne présenteront que bien rarement des difficultés au point de vue du diagnostic différentiel : la mobilité de la manière d'être au point de vue affectif et psychomoteur, l'impressionnabilité et la périodicité des accidents sont autant de signes décisifs permettant ce diagnostic. Assez souvent certains sujets à *caractère pathologique* ressemblent à des paranoïques; mais, chez les premiers, les assertions bizarres, les paradoxes, les idées de persécution ne sont nullement aussi inébranlables et ne se groupent pas d'une façon aussi systématiséecque dans la paranoia.

Pronostic. — La paranoia est incurable, mais les malades peuvent atteindre un âge très avancé. L'activité intellectuelle diminue à l'approche de la vieillesse.

Traitement. — Une séquestration trop prolongée dans un asile et surtout de fréquentes tentatives de réfutation ont souvent un effet irritant sur les paranoïques.

Il est utile de les faire changer de milieu, et surtout de les occuper manuellement.

Médecine légale. — On peut accorder aux paranoïques le bénéfice d'une responsabilité plus ou moins atténuée, même quand il n'y a pas de rapport évident entre le délit et le système délirant. L'interdiction des paranoïques peut être prononcée, surtout en cas d'affaiblissement des facultés intellectuelles.

XVIII. — DÉMENCES JUVÉNILES. — DÉMENCE PRÉCOCE

De tout temps on a éprouvé des difficultés dans l'appréciation nosologique d'un groupe de troubles psychiques qui se produisent principalement à l'âge juvénile, qui ont souvent une évolution aiguë, qui revêtent des formes cliniques de nature diverse et qui se terminent généralement par un affaiblissement plus ou moins profond des facultés intellectuelles. Selon que prédominent en pareil cas les roubles sensoriels, ou les idées délirantes, ou la dépression mélancolique, ou l'immobilité et la stupeur, on portait le diagnostic de *folie hallucinatoire*, de *paranoia aiguë*, de *mélancolie*, de *stupeur*, ou quelquefois, en associant ces deux derniers symptômes, on décrivait la ***mélancolie avec stupeur***. Quelques-uns de ces cas ont été pris pour de la *confusion mentale* ou l'*amentia*. D'autres, dans lesquels l'agitation était le phénomène prédominant, ont été considérés comme étant de la *manie*, tandis qu'on interprétait la démence terminale comme un stade secondaire d'affaiblissement. On ne pouvait guère facilement porter un pronostic au sujet de la production de cette démence dite *secondaire*, parce qu'on classait souvent sous la même rubrique et dans le même groupe d'autres formes initiales qui, extérieurement, paraissaient semblables et qui avaient pourtant une issue favorable; comme, par exemple, la mélancolie d'involution, la phase de stupeur de la folie intermittente, la psychose d'épuisement nommée « amentia ». Dans les grands asiles d'aliénés il se trouve, la plupart du temps, parmi les malades chroniques, un nombre considérable de déments à titre secondaire qui, antérieurement, ont passé par une ou plusieurs des formes cliniques que nous venons d'énumérer. Kahlbaum a entrepris la tâche

de présenter l'ensemble de ces formes cliniques isolées comme faisant partie d'un processus d'une seule et même affection, de manière qu'on pût déterminer *d'avance* comment évoluera ultérieurement telle ou telle espèce d'excitation ou de dépression.

Il a décrit en 1875 la *catatonie* qui, d'après sa conception, est « une affection cérébrale, à évolution cyclique alternante, dont les symptômes psychiques sont empruntés tour à tour à la mélancolie, à la manie, à la stupeur, à la confusion et finalement à la démence. Seulement, parmi toutes ces formes psychiques, une ou plusieurs peuvent manquer. Dans cette affection, outre les symptômes psychiques, peuvent survenir encore, au nombre des signes essentiels, des phénomènes d'ordre moteur ayant le caractère général de convulsions ».

Kahlbaum croyait à la curabilité de ce processus pathologique. L'idée de la catatonie a été développée avec des variantes nombreuses par Hecker, Brosius, Neisser, Kraepelin, Bleuler, Mucha, Trœmner, Ilberg, Tschisch et d'autres. De nombreux aliénistes, avec Schüle en tête, considèrent les symptômes catatoniques comme des phénomènes qui apparaissent d'une façon épisodique dans beaucoup de psychoses les plus différentes. Un autre processus qui conduit également à la démence a été décrit en 1871 par Hecker, sous le nom d'*hébéphrénie*. Scholz, Daraskiewicz, entre autres, l'ont examiné plus en détails. Récemment, Kraepelin et Aschaffenburg ont réuni l'hébéphrénie et la catatonie, qu'ils considèrent comme des variétés appartenant à la *démence précoce*. Kraepelin sépare de la *paranoia*, pour les rattacher également à la démence précoce, les cas de délire systématisé aboutissant rapidement à la même démence terminale.

Le terme de *démence précoce* ou de *démence juvénile* est destiné, par conséquent, à désigner d'une façon provisoire l'ensemble des processus morbides qui, sous des formes cliniques différentes, aboutissent à une démence spéciale. Or, par une analyse approfondie, on arrive à découvrir les traits fondamentaux de cette démence, même pendant les stades initiaux, et cela au milieu de troubles mentaux qui, au premier abord, semblent fortement différer les uns des autres. D'après l'aspect clinique de l'affection à sa première période, il est possible de grouper les divers cas en quatre variétés, *démence simple*, *hébéphrénie*, *catatonie*

et *démence paranoïque*. Mais les dernières étapes de l'affection ne permettent plus d'établir des différences de ce genre. Enfin, il peut arriver aussi que, bien avant la phase terminale, l'une de ces variétés prenne l'aspect d'une autre.

[Deny et Roy distinguent, avec Kraepelin, trois variétés de démence précoce : 1° *hébéphrénique* ou maniaque ; 2° *catatonique* ou stupide ; et 3° *paranoïde* ou délirante. Sérieux donne le nom de *délirante* à la forme hébéphrénique.]

Symptomatologie. — L'*aperception* est peu diminuée; parfois, et sur certains points de détails, elle est même d'une acuité remarquable. Ainsi, par exemple, un hébéphrénique remarquait que le médecin avait une de ses dents plombée. Même à l'état de stupeur, les malades perçoivent encore certains détails. Néanmoins, les troubles de la perception sont extrêmement fréquents, et surtout les troubles sensoriels. Quelquefois, il s'agit d'illusions. Les perceptions sont altérées comme dans un cauchemar : le médecin apparaît comme un mulâtre, comme le diable avec des cheveux noirs, de grosses lèvres et la figure verte; la surveillante a une grande barbe noire ; les lits de l'infirmerie ressemblent à des coquilles ; tous les malades ont des têtes de nègres et des faces rouges. Une malade, réveillée par un bruit pendant la nuit, croyait que c'étaient ses enfants qui criaient dans la rue. Il se produit aussi des pseudo-hallucinations dans lesquelles les sujets entendent des voix intérieures qu'ils expliquent généralement ainsi : « On parle dans ma tête, mais ce n'est pas une voix qui vient du dehors ».

Les véritables *hallucinations* sont très variables. Celles de l'*ouïe* constituent souvent un symptôme initial. Ce sont tantôt des bourdonnements d'oreilles, des grognements, des chuchotements, du babil, des chants ou des gazouillements d'oiseaux, tantôt de véritables paroles qui sont attribuées à des personnes déterminées. Un malade désignait nettement trois personnes dont il distinguait les voix. « C'est comme à Guignol », dit un autre, pour indiquer le pêle-mêle des voix qui parlent toutes ensemble. Les hallucinations *visuelles* ne sont pas rares. Pendant la nuit apparaissent des fantômes bleus dans une lueur phosphorescente, comme des marionnettes, des pantins avec des cornes, des figures noires sautant comme des singes sur les branches des arbres. Les hallucinations *tactiles* sont

très fréquentes. Dans les cas chroniques en particulier, il se produit des sensations dans les muscles, ou les organes génitaux, ce qui donne lieu à bien des interprétations délirantes. Un malade racontait que chaque nuit il venait quelqu'un qui lui faisait une injection dans la tête; on lui avait ouvert le testicule pendant la nuit; ce devaient être deux femmes qui se trouvaient là; on lui avait fendu les gencives; on lui avait frotté la plante des pieds. On observe également des hallucinations de l'*odorat* et du *goût*. Souvent les troubles passent d'un domaine sensoriel à un autre. Un sujet faisait chaque matin une déclaration différente au sujet de ses hallucinations : une fois il avait entendu plusieurs hommes qui chantaient dans son lit des cantiques; une autre fois, il voyait un cercueil vide appuyé contre la cloison : cela le mettait en sueur; une autre fois encore il avait senti une odeur de cabinets d'aisance ; il avait eu un saignement de nez; il voyait du feu dont il sentait la chaleur; il avait senti le goût d'une poire, il avait eu des gargouillements. Fréquemment, surtout au début, les malades sont agités par leurs hallucinations; d'autres restent indifférents; quelques-uns ont l'air de s'en amuser et semblent les guetter avec un secret plaisir. L'aperception se trouve assez souvent altérée encore par des idées délirantes en rapport avec les hallucinations. Un malade croit que toute sa famille est morte et se figure que les parents qui viennent le visiter sont des étrangers qui leur ressemblent.

La *mémoire* est d'ordinaire peu atteinte. Les malades retiennent longtemps des poésies, savent faire des multiplications; beaucoup d'entre eux sont en état de raconter encore ce qui leur est arrivé vingt ans auparavant. Un grand nombre conservent les connaissances acquises à l'école souvent jusque dans des périodes de profonde démence. Une malade qui est à l'asile depuis vingt-trois ans raconte encore le canevas de pièces de théâtre qu'elle a vues autrefois. Un théologien, dément à un haut degré, comprenait encore l'hébreu. La faculté de remarquer et d'observer est souvent surprenante : ainsi un sujet qui, dans un état de mutisme avec stupeur, avait assisté d'une manière en apparence indifférente à la célébration de la fête de Noël dans son asile, pouvait, plusieurs mois après, en raconter exactement les détails, rappelant qu'il y avait eu deux arbres de Noël, et qu'on avait chanté.

En revanche, l'*association* des idées est entravée. Les associations d'idées d'après leur rapport logique deviennent rares. Parfois, se produisent des rimes sans signification ou des associations par assonances, dans le genre de celles-ci : « Saint Roch croque, alors je suis moi-même un coq » ; ou bien le malade associe : pantomime avec panthère, tigre, chien. Ce sont surtout des mots enfilés les uns à la suite des autres, sans aucun lien; il existe, par conséquent, une incohérence d'idées comme dans cette phrase : « Gustave-Adolphe, roi de Spandau et de Suède; ça c'est rouge, c'est noir, c'est chat, rouge, un, deux, trois. C'est pharmacie, c'est du en bois, Rio de Janeiro ». En outre, on trouve souvent une persistance de certaines idées auxquelles le malade revient sans cesse d'une façon stéréotypée : « Je suis la mère de l'univers, j'ai enfanté les trois fils, ce sont d'autres fils que j'ai *enfantés*, ce sont des princes que j'ai *enfantés*. Et j'*enfante* encore un autre fils; mon premier fils je l'ai *enfanté* à Noël, je l'ai *enfanté* à six heures du matin !... »

Les traits fondamentaux du trouble psychique se trouvent dans le domaine affectif, la pensée aperceptive et les actes volontaires.

L'*état affectif* est émoussé, ce qui est surtout évident lorsqu'on examine l'émotivité du sujet. Il est vrai qu'au début de la psychose les malades paraissent souvent déprimés, mais, presque toujours, on constate que cette dépression n'a pas de profondes racines. De même l'état cœnesthétique gai que l'on observe parfois n'a pas ce caractère humoristique du maniaque ou de l'alcoolique; c'est plutôt une sorte d'euphorie puérile. Souvent il n'y a que très peu de rapport entre l'expression extérieure et le motif allégué de l'état cœnesthétique; ou bien il y a contraste entre les divers modes d'expression. Une malade se mettra à danser, tout en proférant des plaintes, ou elle racontera, en pleurant à chaudes larmes, qu'elle se trouve bien. Ce qui est surtout à remarquer, c'est l'indifférence qui se montre de plus en plus pendant le cours de l'affection, une indolence à l'égard des impressions gaies ou tristes, comme à l'égard des excitations physiques. Une malade disait : « Quand ma sœur s'est fiancée je suis restée indifférente; quand quelqu'un meurt dans ma famille, cela ne me fait aucune impression. » On est frappé souvent de l'indifférence que témoignent ces malades quand

on leur demande s'ils veulent encore rester internés pendant des années.

La *pensée aperceptive* est profondément altérée; le libre arbitre et l'activité intellectuelle sont très entravés. Le sujet ne sait que faire de toutes les connaissances amassées par sa mémoire; il ne peut les appliquer, en tirer parti, et il n'est plus en état d'apprendre quelque chose de nouveau. Quand il reste encore capable de travail ou si son état s'améliore assez pour le lui permettre, ce sont des occupations machinales qu'il peut entreprendre, comme de bêcher ou ratisser dans le champ; mais, même pour des travaux aussi simples, il a besoin d'être stimulé. L'intérêt pour son ancienne carrière, pour sa famille, est très affaibli. L'esprit d'initiative a totalement disparu. Dans certains cas, les sujets sont très suggestibles, dépourvus de toute volonté.

En même temps, la faculté du jugement s'affaiblit aussi. Il devient difficile pour le malade de comparer et d'appliquer les notions acquises antérieurement; des problèmes de calcul demandant très peu de réflexion, même une simple soustraction ou division, coûtent une peine inouïe et se font mal, quoique des notions apprises autrefois, comme la table de multiplication ou des fables, restent encore dans la mémoire. Les malades comprennent mal leur situation morbide, bien qu'il ne soit pas rare qu'ils en aient conscience.

Les *idées délirantes* ne sont pas rares. Aux troubles sensoriels s'ajoutent des idées hypocondriaques ou mélancoliques, surtout dans les premières périodes de l'affection; mais presque toujours ces idées présentent les caractères de la démence. Une malade croyait qu'elle n'avait plus de cerveau; une autre se sentait violée par des hommes; une troisième se prenait elle-même pour un homme et disait : « Je suis Gottfried. Je voudrais avoir ses souliers et ses habits. Je veux qu'on me rende la partie de mon corps qu'on m'a ôtée, et puis partir d'ici... »

Outre des idées mélancoliques et hypocondriaques, il peut se produire toutes sortes d'idées de grandeur. Un malade disait que des prêtres l'avaient adoré, que tout son cerveau travaillait. Une femme déclare qu'elle est fille de l'empereur d'Allemagne et qu'elle est fiancée à un baron. Il est exceptionnel que le malade tire et applique les conséquences de ses idées délirantes, comme cela

arrive chez le paranoïque; les actes du malade ne sont, en général, pas influencés par son délire. Le même sujet exprime les idées les plus contradictoires, avec le même air d'indifférence. Même dans les formes où dominent des idées délirantes, se révèle encore la base démentielle. Nous trouvons, il est vrai, quelquefois que les idées ont une direction bien déterminée; que, par exemple, toutes les conceptions délirantes sont, ou mélancoliques, ou relatives à la persécution, ou mégalomaniaques; néanmoins, on ne trouve pas ici un système délirant bien construit et solidement défendu par le sujet envers et contre toutes les objections. Dans la forme que nous examinons, les idées délirantes persistent, mais n'ont pas de racines profondes : elles sont éphémères, changent souvent, et, finalement, disparaissent totalement. Quand les malades essaient de produire ou d'imaginer quelque chose, leur pensée porte généralement la marque de la démence. Un de ces sujets voulait introduire dans l'asile l'emploi d'éponges pour remplacer le papier des cabinets d'aisance. Il inventa, en outre, une nouvelle espèce de chapeaux supportés par des colonnes reposant sur les épaules, et, au-dessus, se trouverait une plate-forme sur laquelle des jeunes filles pourraient s'asseoir.

La *conscience*, quoique modifiée par des troubles sensoriels et par des idées délirantes, n'est pourtant pas profondément troublée. La faculté de l'orientation est normale dans la plupart des cas. Même dans les états d'agitation et de stupeur, la confusion est presque toujours moindre qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Un malade, dans un accès de délire furieux où il se croyait entouré d'eau dans laquelle il devait se jeter, appelait le médecin par son nom. La conscience du « moi » est, il est vrai, souvent altérée.

Les malades sont particulièrement troublés dans le domaine de la *volonté* et des *actes*. L'affaiblissement de la pensée aperceptive et de l'esprit d'initiative supprime les impulsions volontaires normales. Les malades sont nonchalants; ils négligent les soins les plus simples, tels que ceux de la propreté ou de repas réguliers; ils dépériraient s'ils étaient livrés à eux-mêmes. Dans les actes de ces sujets, il n'y a pas le moindre choix, de sorte que leurs mouvements ont un caractère purement instinctif et automatique. Ce relâchement des rapports entre l'impul-

sion spontanée et le mouvement peut avoir pour conséquence ce fait que les sujets n'obéissent qu'aux impulsions venant du dehors; ils présentent alors une sorte d'*automatisme commandé*, une véritable suggestibilité motrice. Dans d'autres cas, une idée quelconque surgit, s'associe à l'idée du mouvement voulu ou commandé et vient contrecarrer l'impulsion en déterminant un mouvement opposé; en d'autres termes, le sujet fait tout le contraire de ce qu'il voulait ou devait faire. C'est surtout l'*idée contraire* qui produit le mouvement correspondant; ce phénomène constitue ce qu'on appelle le *négativisme*. Dans l'état de *suggestibilité*, les malades sont *cataleptiques* et gardent toute position dans laquelle on place leurs membres. Ils sont, de plus, atteints d'*écholalie* et d'*échopraxie*, c'est-à-dire qu'ils répètent par suggestion et machinalement tout ce qu'on leur dit, de même qu'ils présentent fréquemment de l'*échomimie*, c'est-à-dire qu'ils imitent tout geste qu'on fait devant eux.

Quand on demande au sujet atteint de *négativisme* de donner la main, il reste immobile, ou bien il retire la main, après avoir déjà commencé à la tendre. Cet accomplissement d'un acte directement opposé à la demande constitue le *négativisme actif*. Des ordres très simples restent inexécutés. Mais on peut aussi obtenir du sujet présentant du négativisme actif l'exécution d'un acte, en lui commandant le contraire. Si, par exemple, il est difficile de faire garder le lit à un sujet, on n'a qu'à exiger de lui de quitter son lit : aussitôt il s'enveloppera énergiquement dans ses draps. A la vérité, cette expérience ne réussit pas toujours, tandis qu'il arrive souvent qu'après un ordre plusieurs fois réitéré, le malade finit par l'exécuter, et souvent avec une incroyable rapidité. Le sujet se laissera, par exemple, commander cinq ou même dix fois d'écrire son nom, et restera immobile, tenant la craie sur le tableau pendant des minutes ; puis, tout à coup, il écrira couramment, d'un seul trait, ce qu'on lui a demandé.

Le trouble psychomoteur se manifeste en outre par l'*immobilité* et la *stupeur* d'une part, et par l'*excitation motrice*, d'autre part. On peut distinguer une stupeur *cataleptique* et une stupeur avec *négativisme*. Dans la première, les malades sont couchés passivement, ne parlent pas, réagissent peu, mais laissent placer leurs membres dans toutes les positions qu'on veut et qu'ils gardent

ensuite. Dans la stupeur avec négativisme, les sujets résistent à toute influence; les membres sont raides et tendus, et souvent si rigides qu'on peut soulever tout le corps en le tenant par le bras étendu; les yeux sont clos; les paupières ainsi que les dents sont fortement serrées; parfois les extrémités deviennent froides et cyanosées. Un sujet, qui restait parfois debout toute la nuit, la musculature tendue, avait le matin suivant un œdème très prononcé aux jambes. C'est cette stupeur avec immobilité et raideur qui a motivé principalement le titre de *catatonie* ou de *folie par tension*. Cette tension ne dépend pourtant pas d'altérations de la musculature ou des nerfs périphériques, mais constitue un phénomène purement psychique.

Dans l'agitation motrice catatonique, il s'agit d'un pro-

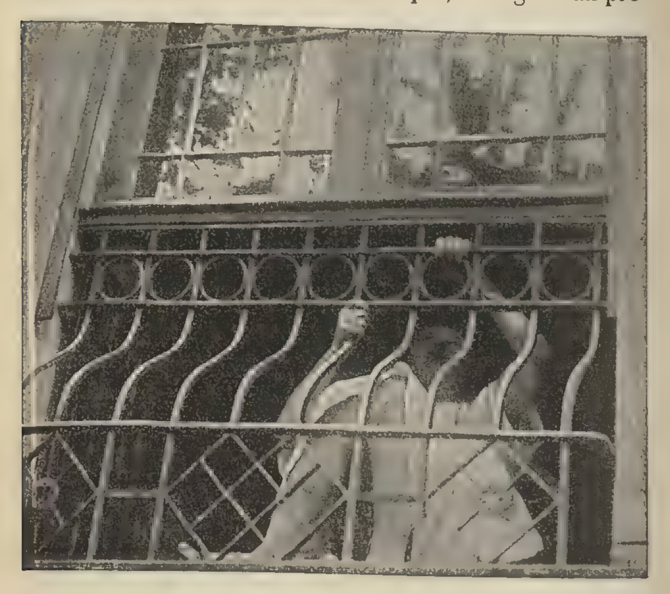


Fig. 142. — Démence catatonique. — La malade agitée grimpe tout à coup aux barreaux de sa fenêtre.

cessus pauvre en réactions actives. Les excitations venant du dehors n'ont ici aucun effet aggravant, contrairement

à ce qui arrive dans la manie. Les mouvements ont presque toujours quelque chose d'uniforme et d'automatique. Il est rare de voir se produire des actes raisonnés. L'agitation motrice paraît inconsciente. Quelquefois, cette excitation se passe en contorsions violentes et en cris, sans que le malade quitte son lit. A part l'épilepsie, c'est certainement la catatonie qui présente les états d'agitation les plus violents. Souvent, les malades veulent se précipiter avec rage hors de la chambre; ils résistent avec violence à tout effort qu'on fait pour les retenir; ils déchirent tout ce qui leur tombe sous la main; ils font des gambades au cours desquelles ils se blessent parfois gravement; ils lancent leur matelas par terre. Aussi, dans l'agitation catatonique, on constate ordinairement et avant tout une soudaineté et une brusquerie des mouvements : le sujet représenté par la figure 142, bondit tout à coup hors de son lit et grimpe le long des barreaux jusqu'au haut de la fenêtre; une autre, qui paraissait couchée tranquillement, décroche subitement un tableau, le jette à terre, et va se recoucher comme si de rien n'était.

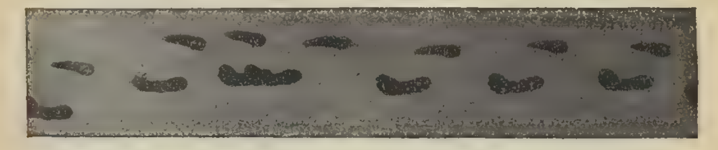


Fig. 143. — Démence catatonique. — Traces des pas. Différence entre la pose du pied à gauche et à droite.

D'autre part, les mouvements de l'agitation catatonique se caractérisent par leur uniformité : un sujet essaie

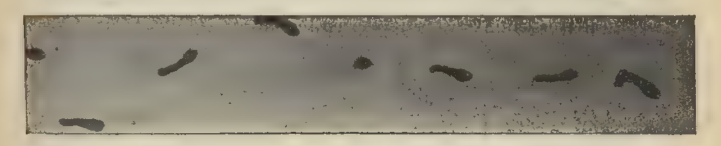


Fig. 144. — Traces des pas d'un catatonique; marche tantôt sur la pointe du pied, tantôt sur la plante.

d'heure en heure d'arracher ses vêtements; un autre veut sans cesse faire des culbutes. Cette uniformité des mou-

vements devient finalement de la *stéréotypie motrice* : un malade remue la tête toute la journée; un autre court toujours sur la pelouse en faisant le même cercle, jusqu'à ce qu'il ait tracé un chemin en foulant l'herbe. On constate une prédilection de ces catatoniques pour les mouvements rythmiques.

Mais c'est surtout le conflit des diverses impulsions



Fig. 145. — Démence catatonique. — Manière bizarre de manger en tenant la cuiller entre les doigts étendus.

de la volonté contradictoires entre elles qui donne à la plupart des actes du catatonique un caractère paradoxal et absurde. Je veux parler des innombrables *attitudes* ou *postures maniérées* et des *tics* qui se manifestent dans tous les actes des catatoniques et qui, malgré leur diversité, présentent tous le même caractère fondamental: d'être affectés et grotesques. Déjà la *manière de saluer* étonne souvent par sa bizarrerie. Pour donner la main,

l'un ne tend qu'un doigt; celui-là présente la main tout à plat comme un fat ou un fanfaron; beaucoup retirent la main qu'ils avaient déjà tendue ou ne touchent la main qu'on leur tend que du bout des doigts.

La *manière de marcher*, très singulière, s'observe très souvent aussi : l'un sautille ou se dandine; d'autres s'avancent en glissant sur le sol; quelques-uns boitent et sautent sur un pied ou marchent en croisant les jambes l'une par-dessus l'autre; il y en a qui marchent à reculons (Voy. fig. 143, 144 et 148).

La *manière de manger* est particulièrement caractéristique : la malade représentée par la figure 145 tient la cuiller entre ses doigts étendus, sans fermer la main; d'autres portent d'abord la cuiller à leur oreille ou à leur nez; d'autres la remue un temps infini dans l'assiette, ou ne prennent que de toutes petites gouttes de soupe à la fois, ou bien partagent d'abord leur légume en parties tout à fait égales, avant d'y goûter, ou bien ils essaient de fourrer le tout à la fois dans leur bouche. Nous indiquons plus loin la *manière de parler* de ces sujets.

Tous ces actes bizarres sont tellement variés qu'on ne



Fig. 146. — Démence catatonique. — Hamac que le malade représenté par la figure 150 a fabriqué avec des fils tirés du drap du lit. Le filet est collé à la cloison avec du pain et est suspendu par toutes sortes de bribes de drap, de papier et des morceaux de pain.

peut avoir la prétention de les décrire tous. Tel malade se blottit sous son lit, tel autre va se coucher auprès

de son voisin de la salle ; beaucoup se couchent au rebours du lit, la tête au pied du lit ; d'autres encore mettent leurs habits à l'envers. Un d'entre eux faisait la mine de fumer une croûte de pain comme un cigare. La malpropreté est souvent associée à ces tics : une malade crachait sur son pain du déjeuner de la salive d'une épaisseur d'un doigt avant de le manger ; une autre se fourrait son pain dans l'anus. Il en est qui, avec leurs ongles, percent lentement des trous dans la cloison. Un sujet voulait poser sur le plancher de sa cellule des figures faites avec des matières fécales. La figure 146 représente un hamac qu'un catatonique a fabriqué avec



Fig. 147.— Démence catatonique.— Attitude bizarre : la malade s'est étendue par terre ; elle joint les mains et tient un morceau de pain entre ses lèvres.



Fig. 148. — Démence catatonique. — Manière bizarre de marcher.



Fig. 149. — Démence catatonique. — La malade fait, en grimaçant, un visage sinistre, tandis que son état cœnesthétique n'est nullement déprimé.

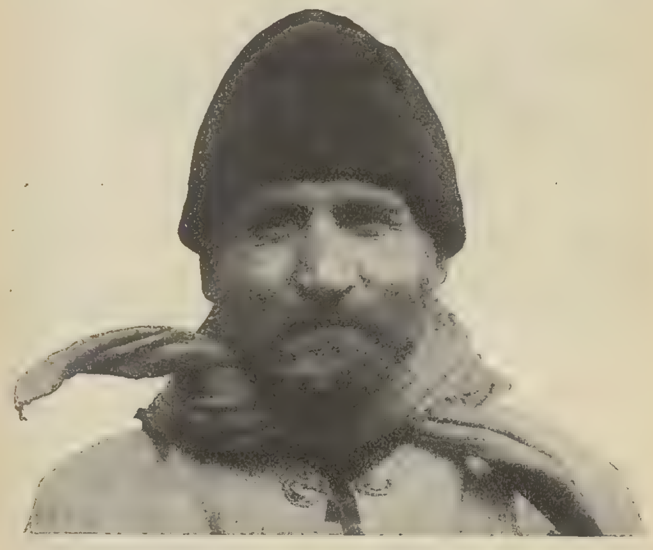


Fig. 150. — Démence catatonique. — Portrait du malade qui a fabriqué le hamac représenté par la figure 146.

des fils arrachés à la couverture de son lit et l'a attaché à la cloison avec de la mie de pain.

Les contorsions du visage, les grimaces, les clignements d'yeux, le retroussement des lèvres en forme de trompe, les haussements d'épaules sans motif, les grincements des dents, sont autant de tics qui s'observent souvent. Les traits du visage, à part les particularités que nous venons d'indiquer, sont presque toujours sans expression. C'est le visage d'une momie. Quelquefois, il y a, comme chez les sujets représentés par les figures 149, 150, 151 et 152, un



Fig. 151. — Démence catatonique. — Physionomie grimaçante.

contraste frappant entre l'expression de la physionomie et l'humeur indifférente.

Les malades affectent volontiers des attitudes étranges. L'un d'eux se tenait pendant des heures sur une jambe, avec le buste penché en avant. Une autre, représentée par la figure 153, sautillait sur le bord extérieur de son lit, comme un oiseau sur un fil télégraphique. Il en est (fig. 152) qui se tiennent pendant des jours ou des semaines comme une statue, dans une attitude théâtrale, avec des gestes pathétiques. Beaucoup mangent leurs cheveux, leurs vêtements ou les couvertures de leur lit (fig. 154).

Un malade se couchait sur le dos et levait les deux jambes en l'air (Voy. fig. 13). Quelques-uns restent agenouillés, dans une attitude de dévotion, sans la moindre idée de prière dans l'esprit; ils joignent et pressent si forte-

ment leurs mains qu'il en résulte parfois des escarres. Le blottissement dans le lit, comme le montre la figure 155, est fréquent chez les catatoniques négativistes. Tous ces actes, toutes ces attitudes étranges et uniformes peuvent brusquement faire place à une tout autre manifestation. Il n'est pas rare de constater, chez les déments avec stéréotypie et négativisme, la rétention volontaire d'urine et des matières fécales, de même que le refus de nourriture, ou bien une boulimie sans frein.



Fig. 152. — Démence catatonique. — Contraction grimaçante des muscles des lèvres et de la bouche.

On a essayé d'expliquer de diverses façons ces actes et ces attitudes bizarres. Certains aliénistes croyaient que cette manière d'être est commandée aux malades par des voix qu'ils entendent ou par des idées délirantes. Il est hors de doute que, dans bien des cas, des *hallucinations* chassent le malade hors de sa chambre ou le poussent à se cacher, ou à essayer à force de cris, de culbutes, et d'autres mouvements de défense, à se débarrasser du trouble mental qui l'obsède. Mais, néanmoins, il est rare qu'on puisse avoir la preuve de cette origine hallucinatoire des mouvements catatoniques. Dans la grande majorité des cas, nous n'avons rien qui permette d'admettre cette hypothèse. Tout d'abord, étant données les brusques alterna-

tives de ces tics, souvent très compliqués, il est improbable qu'ils soient provoqués et maintenus par des hallucinations auditives. D'ailleurs, les malades n'essaient jamais d'expliquer leur manière d'être, ou bien ils donnent comme explication le premier prétexte qui leur passe par la tête. Quelquefois, il est vrai, ils disent qu'ils ont entendu ceci ou cela, ou qu'ils ont été poussés par n'importe quoi, ou bien ils répondent affirmativement à une question *suggestive* qu'on leur pose au sujet d'un ordre donné par des hallucinations. Mais l'origine du trouble n'est nullement expliquée par ces assertions *suggérées* aux malades. En partant du point de vue psychologique, on aura plutôt toute sorte de raisons pour considérer ces symptômes psychomoteurs comme étant la conséquence d'une *perversion primitive de la volonté.* Il n'y a donc pas lieu de recourir, par une voie détournée, aux hallucinations auditives qui, après tout, auraient elles-mêmes tout autant besoin d'être expliquées. Les caractères des mouvements catatoniques si contraires à ceux des actes normaux de la vie, mouvements uniformes et stéréotypés, sans utilité pratique, sans objet, sans lien entre eux, sans intermédiaires dans les transitions, toutes ces particularités parlent précisément en faveur de notre opinion. Ce qui fait encore ressortir combien l'hypothèse d'une origine hallucinatoire de ces troubles moteurs est peu acceptable, c'est ce fait que les expressions verbales des malades présentent les mêmes traits fondamentaux



Fig. 153. — Attitude catatonique.

qui caractérisent leurs troubles moteurs. Les catatoniques, dans leur besoin effréné de parler, profèrent des phrases incohérentes, uniformes et stéréotypées ; il est impossible d'admettre que chacune de ces expressions soit soufflée par une hallucination auditive correspondante.

La *manière de parler* présente en effet des particularités bizarres : le malade chuchote, prend une voix de fausset,



Fig. 154. — Attitude catatonique ; la malade est couchée en travers du lit.

affecte un langage solennel ou des intonations pathétiques, zézaie comme un enfant. Assez souvent il se produit du mutisme. Même lorsque le trouble psychique est léger, on n'observe pas toujours un langage correct ; au contraire, les expressions sont filandreuses, vagues, pleines de tournures artificielles, alambiquées et confuses. Forel a proposé pour caractériser ce langage des catatoniques le terme de *salade de mots*. Un exemple de ce phénomène est fourni par cette lettre d'un malade :

« Si Ernest ne renvoie pas son domestique cette année, que ce soit peut-être déjà ou chez nous. J'ai passé par ma maladie nerveuse, grâce à des exercices de gymnastique, que j'imite ce que font d'autres, c'est-à-dire le gardien. J'ai aussi quelquefois fortement travaillé dans la dernière quinzaine, et je n'ai pourtant pas trouvé de repos; tout est encore au même point sur la balance; car ce n'est pas la peine de se mettre à penser. Si je n'étais pas appelé à



Fig. 155. — Catatonie avec négativisme; la malade se cache dans son lit.

faire de bonnes œuvres cette lettre n'aurait pas besoin d'être envoyée. C'est aussi la faute à ma mère.... »

Au cours d'une excitation catatonique plus forte, l'impossibilité d'exprimer les idées avec ordre peut être encore plus marquée. Le discours manque non seulement de cohésion, mais les idées les plus hétérogènes s'alignent sans la moindre transition et avec de fréquentes répétitions. C'est alors l'*incohérence* complète, et non plus seulement la fuite des idées, le relâchement ou les solutions de continuité qu'on remarque dans la manie ordinaire. A cela s'ajoute encore le retour *stéréotypé* de certaines expressions. Voici, par exemple, le sténogramme des réflexions d'un catatonique :

« Qu'est-ce que je dois leur raconter, à Satan encore

une fois; je ne suis pourtant pas un Satan, je suis Satan lui-même en chair et en os. Nous sommes tous attachés par un anneau au nez; quand nous rentrons l'anneau nous sommes malades; que le diable m'emporte, je n'ai jamais encore embrassé un roi; soyez donc assez bon pour me faire mettre encore un peu d'eau chaude » (le malade était dans un bain prolongé). « Sapristi, vous m'avez étrillé avec votre chaise goudronnée; je me suis assis dessus, c'était mon c.. et non pas le tien. Ah! la tête de vache, viens donc un peu me reparler de ma chaise goudronnée... »

Ici se montre, outre l'incohérence complète et le retour stéréotypé de certaines idées, des allusions à l'eau du bain et à l'ordonnance du médecin; puis viennent des expressions complètement dépourvues de sens, comme : chaise goudronnée, anneau du nez. Les malades sont aussi inépuisables pour trouver de nouvelles expressions que pour prendre des attitudes singulières; leurs tournures du langage sont tout aussi sans objet, aussi impulsives, aussi irréfléchies que leurs tics. En tout cas, ce serait se donner une peine inutile que de vouloir y découvrir des troubles sensoriels ou des idées délirantes. Certaines tournures de phrases ont bien un sens, par exemple quand le malade demande de « l'eau chaude » pour son bain; mais le plus souvent les expressions sont incohérentes. Un malade dit : « Vous parlez la langue orientale d'Arusberg »; un autre parle par assonances : « Autant de tâches, autant de lâches »; un autre fait de longs mots composés : « Le-courant-de-la-machine-à-battre-les-assomeurs ». Un sujet a, comme tic, de commencer la plupart des mots par un *n* : « nenfant, nécrire ». D'autres articulent des mots dépourvus de sens ou déformés à plaisir. Une catatonique à qui l'on voulait faire dire le mot « fleur » répondait « fleurchon »; on lui demandait : « Combien font trois fois 4? », elle balbutiait : « trois ». On lui redemandait : « 3 × 4? », elle disait : « Laissez cela à Lisette ». On lui demandait : « Retranchez 3 de 5 », elle répliquait : « J'ai plus de malice qu'un singe ». Une malade criait : « Élisa! » en appuyant sur l'*a* final pendant une minute entière. Un malade, au milieu d'une conversation, se met tout à coup à crier : « Cocorico! »

Les troubles les plus divers s'entremêlent souvent comme dans la conversation suivante :

Demande. M'avez-vous déjà vu? — Réponse. Je vous ai déjà vu souvent. — D. Où cela? — R. Oui, le maître, maître, maître, messieurs. — D. Où m'avez-vous vu? — R. (En hochant la tête) : Je ne sais pas. — D. Qu'est-ce que je suis? — R. Tu as été un chiffon de feutre. — D. Qu'est-ce que je suis? — R. Tu es éméré pfoutliché. Tu dois être un pécheur, méchant fruit. Avez-vous été maudit et l'êtes-vous encore, ô ling debindon don, don; alla laa. — D. Montrez votre langue.

La malade tire la langue très loin et dit : dbou gou dmian miang mian do de bas. Allons-nous pour lui maintenant. Hé toi!

Certains malades ont l'air de parler une langue de leur invention (Voy. p. 87).

Parfois les sujets improvisent des vers, dans lesquels, contrairement aux productions des maniaques, la rime et les sons ont moins de part que le *rythme*. Sans lien, sans la moindre signification, les expressions absurdes sont alignées avec des répétitions stéréotypées :

Mon bon Dieu, pardonne-moi,
Car je suis un ours velu.
Mon bon Dieu, ah! revêts-moi,
Car je suis le moi.

Parfois le rythme trochaïque ou iambique ou autre est très accentué. On trouve souvent des *allitérations*.

Les répétitions et les stéréotypies du langage constituent donc le fond principal des expressions du sujet; c'est là une véritable *verbigération*. Une malade répétait constamment pendant des heures entières : « Jésus-Christ sauve-moi, main fraternelle rachète-moi ». Une autre, que représente la figure 169, disait, pendant des jours, avec la même intonation : « Haamguè, haamguè » en s'étirant le lobe de l'oreille. Une malade radotait avec rapidité les phrases suivantes :

Que Dieu ait tout ce que son cœur demande et désire de bon à manger et à boire; que Dieu fête l'anniversaire de sa naissance tous les jours, et qu'il ait à manger et à boire tout ce que son cœur veut et désire....

Souvent ce sont des paroles ou des syllabes incompréhensibles qui forment la trame de cette verbigération :

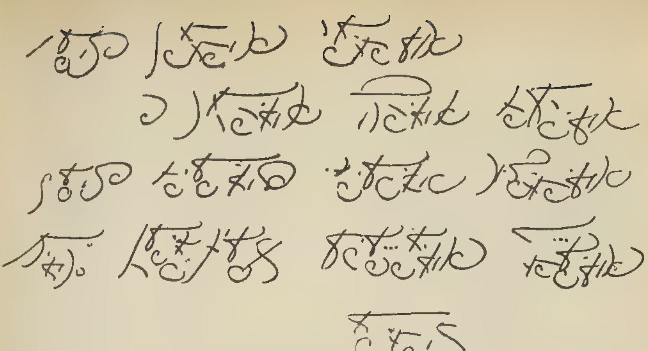


Fig. 156. — Écriture maniérée d'une catatonique. Répétition stéréotypée de mêmes signes (collection de Roubinovitch).



Fig. 157. — Dessin et écriture d'un dément paranoïde (d'après Deny et Roy).

Fig. 158. — Écriture en miroir.

(Pécheur, méchant, fruit, debindon, don, don).

Ce Jacques-là, Jacques, Jacques, Jacques. Hé, hé, hé! (se mettant à chanter) : Gué! gué! aa, turék, turék, turék, turik, turquie, turc, turé, turké, turek, huhuhu.

Les manières infiniment variées des actes, des attitudes et de la parole s'entremêlent pour produire les formes cliniques les plus diverses.

L'*écriture* aussi montre des bizarreries correspondantes: il y a des soulignements, des traits de plumes très divers, des barbouillages et autres bizarreries, ainsi que les figures 156 et 157 en offrent des exemples typiques. Un malade commençait tous les mots qu'il écrivait par la

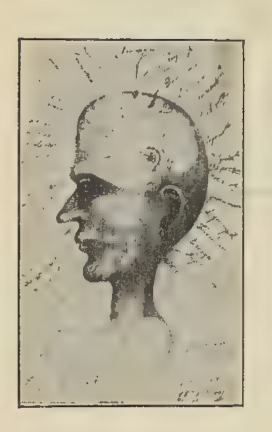




Fig. 159, 160 et 161. — Dessins maniérés d'un dément paranoïque avec des traits stéréotypés.

même consonne. Parfois, on observe l'*écriture en miroir*, comme sur la figure 158. Il n'y a pas d'augmentation

d'agitation, ni d'accélération de l'écriture comme dans la manie ordinaire. Le papier est souvent tout couvert d'écriture, ou bien il n'est écrit que sur un coin. Il s'y ajoute des griffonnages et des dessins stéréotypés (Voy. fig. 156, 157, 159, 160, 161). Comme fond mental, nous retrouvons dans l'écriture la même « salade », la même stéréotypie, la même verbigération que nous avons décrites dans le langage parlé. De gros volumes, contenant d'un bout à l'autre de ces extravagances, ont même été édités et publiés par des catatoniques. Les *dessins*, comme ceux représentés par les figures 157, 159, 160, 161, montrent des bizarreries du même genre ; ils sont souvent faits avec une grande minutie d'exécution dans les détails ; on y aperçoit beaucoup de traits stéréotypés, des têtes, des oiseaux en nombre incalculable, et toujours de la même forme. Un malade, qui avait été autrefois un homme d'une haute culture intellectuelle, dessinait toute la journée des arcs remplis d'organes génitaux.

Troubles physiques.

Le système nerveux présente ordinairement quelques symptômes physiques, à la vérité peu accentués : légère inégalité pupillaire, mydriase, dermographisme, léger tremblement de la langue et des doigts, exagération fréquente des réflexes tendineux; parfois, aussi, transpiration abondante ou salivation. Beaucoup de malades sont anémiés; leur teint est terreux. Assez souvent, dans les cas chroniques, il se produit, surtout au visage, un gonflement pâteux qui rappelle le myxœdème. Assez souvent on est frappé de l'air juvénile des malades, au point qu'on leur donne de cinq à dix ans de moins que leur âge réel.

Le pouls est quelquefois accéléré. On constate aussi des températures rectales anormalement basses ; on a observé une fois 33°,3. La menstruation est souvent irrégulière ; quelquefois, au moment de son apparition, l'excitation est plus forte. Il n'est pas rare d'observer une augmentation du volume de la glande thyroïde. Le sommeil, surtout dans les formes accompagnées d'agitation, est fréquemment troublé. Parfois, l'insomnie et la migraine constituent des symptômes initiaux. Les malades s'alimentent mal. Il existe dans certains cas une abstinence totale,

comme, dans d'autres, une avidité sans bornes. Le poids diminue au début, et dans les formes agitées cette diminution est quelquefois très considérable. Mais dans les démences hébéphrénique et paranoïque, le poids est ordinairement bon; dans la phase chronique, les malades tendent à engraisser.

Chez quelques déments précoces surviennent des attaques de formes variées. Le plus souvent, il s'agit de défaillances, de lipothymies accompagnées de nausées, d'inquiétude et d'abattement. Quelquefois, on assiste à des convulsions épileptiformes se manifestant dans divers groupes musculaires, et aussi à des attaques apoplectiformes. On peut observer, comme chez le sujet représenté par la figure 188, des crises ayant un caractère hystériforme, avec mouvements désordonnés, gestes pathétiques, roulements d'yeux et des cris. A la période chronique se produisent fréquemment des accès de mauvaise humeur et d'agitation, qui nécessitent le transfert momentané du malade, habituellement paisible, dans la section des turbulents.

Évolution de la démence précoce.

Les subdivisions de la démence précoce ne sont que d'une importance secondaire. L'une de ses formes peut prendre l'aspect de l'autre, absolument comme cela se passe pour les diverses variétés de la paralysie générale. Toutefois, on observe assez fréquemment un type de démence précoce bien déterminé au point de vue de ses caractères cliniques et de son évolution, qui présente, dès le début, des symptômes caractéristiques, et qui, à sa période finale, ne peut plus être distingué des autres types de la démence précoce.

L'âge auquel on contracte le plus souvent la démence précoce est chez les hommes entre trente à quarante ans et chez les femmes entre quarante et cinquante ans. Les formes qui se présentent avant la vingtième année appartiennent la plupart aux deux premières variétés de la démence précoce. Celles qui se produisent après la trentième année de la vie appartiennent à la démence paranoïque (Voy. la figure synoptique 162, faite d'après Bertschinger et indiquant d'une façon graphique les âges auxquels survient la démence précoce et le nombre de cas selon les âges: 1° pour les hommes; 2° pour les femmes).

A. — DEMENCE SIMPLE OU HEBOÏDOPHRÉNIE

Cette forme de la démence précoce correspond à la description primitive qu'en a faite Heckers. Il s'agit d'un trouble psychique essentiellement chronique, qui, débutant par des accidents mentaux passant souvent inaperçus, arrive à la *démence* plus ou moins profonde, et plus exac-

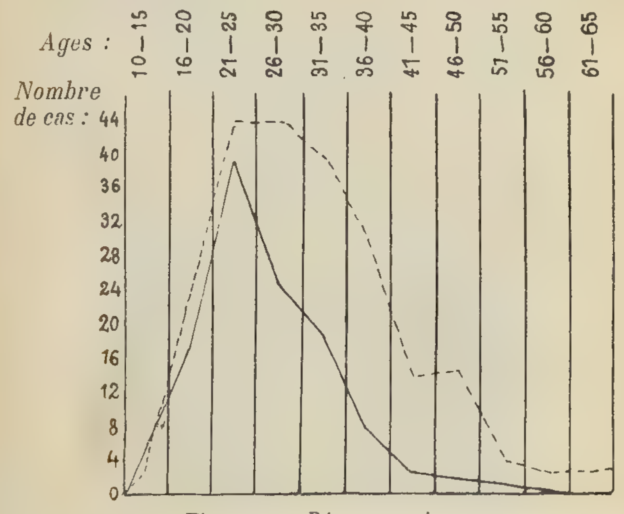


Fig. 162. — *Démence précoce.*

Graphique indiquant les âges auxquels survient cette psychose. —— Hommes ; ----- Femmes.

tement à une déchéance dans les domaines de la pensée aperceptive, du sentiment et de la volonté. Parfois, on constate déjà de bonne heure un léger négativisme, des attitudes maniérées, des phénomènes cataleptiformes et des signes d'échos. Mais on n'y observe pas d'idées délirantes bien accentuées, ni des symptômes moteurs très intenses, ni de l'agitation ou de la stupeur.

Les malades se plaignent parfois d'être abattus, mal en train, d'avoir des migraines, de mal dormir. Autour d'eux on est frappé de ce qu'ils ne produisent plus rien. Des troubles sensoriels peuvent survenir à titre isolé ; les

héboïdophréniques voient, par exemple, des êtres en feu; ils entendent une voix qui leur annonce leur damnation. Quelquefois ils font des réponses à rebours; de temps en temps ils expriment des conceptions délirantes; l'un dit qu'il a péché, un autre qu'on le tourmente dans ses organes sexuels, un troisième déclare que son être s'amoindrit



Fig. 163. — Démence précoce simple héboïdophrénique.

On observe aussi des manières singulières : tel héboïdophrénique ne veut, par exemple, manger que quand il est seul; tel autre donne la main d'une façon étrange, affectée; il s'exprime d'une manière filandreuse; de temps à autre, une légère agitation le poussera à casser une vitre ou à commettre quelque autre acte violent, mais tout cela ne se manifeste qu'avec peu d'intensité et si rarement que son entourage ne fait guère attention à ces crises passagères; on pense beaucoup plus à l'altération profonde survenue dans le caractère du sujet et à son incapacité de travailler; bien des fois même l'entourage est porté à lui reprocher cette incapacité qu'on attribue à tort à sa paresse.

Comme les malades parlent peu d'une façon spontanée, on ne s'aperçoit pas généralement que leurs connaissances acquises se sont très bien conservées et que, s'ils n'en font plus usage, c'est à cause de l'affaiblissement de leur faculté d'aperception. Des jeunes gens, qui avaient d'abord donné de bonnes espérances, deviennent ainsi peu à peu déments, sans que personne songe à les faire traiter dans un établissement ou à les faire examiner par un aliéniste. Plus



Fig. 164. — Démence précoce simple.

d'un héboïdophrénique a déjà été envoyé par sa famille en Amérique pour « améliorer sa santé ». Pour d'autres, une agitation légère, passagère, suffit pour qu'on les mette à l'asile où, d'ordinaire, la démence progresse peu à peu pour atteindre un degré souvent très profond et définitif, comme c'est le cas des malades représentés par les figures 163, 164 et 165.

B. — HÉBÉPHRÉNIE

Dans la démence simple, il s'agissait d'un affaiblissement intellectuel lentement établi et s'attaquant principa-

lement au domaine du sentiment et de la volonté; on constatait bien quelques troubles sensoriels isolés, quelques idées délirantes, des tendances au négativisme, à l'automatisme passif et à des attitudes « maniérées », mais toutes ces manifestations ne présentaient aucun caractère aigu. Par *hébéphrénie* [*folie de la puberté* proprement dite], on désigne une variété [très commune] de la démence juvénile qui se caractérise par des alternatives d'excitation et de dépression très vives, des troubles sensoriels et des idées délirantes plus fréquentes que dans la forme précédente, et qui se termine par la démence. On n'observe pas dans l'hébéphrénie des symptômes caractéristiques de la catatonie, comme la stupeur et la manie furieuse, ni d'idées délirantes d'apparence systématisées de la démence paranoïde. Le terme d'*hébéphrénie* ou de *folie de la puberté* convient le mieux pour désigner cette forme, parce que les phénomènes morbides rappellent souvent les oscillations physiologiques de l'équilibre mental au moment de la puberté. Déjà, des sujets normaux présentent, pendant cette période de développement, une manière d'être très changeante de leur état psychique, une grande mobilité du caractère. Ils réagissent plus fortement aux impressions les plus diverses; ils ont des accès de mélancolie, de sentimentalité morbide. Des élèves habituellement studieux, intelligents, perdent le goût de l'étude, deviennent irréguliers, flâneurs; d'autres forment toutes sortes de



Fig. 165. — Démence précoce simple. Expression anxieuse de la malade.

projets, se montrent légers, turbulents, indisciplinés, présomptueux; ils commettent de sottes incartades qu'on excuse d'abord par leur jeune âge; ils emploient volontiers des expressions frivoles, triviales ou brutales. Bref, on peut fréquemment, même à l'état normal, observer, parallèlement aux transformations physiologiques, une manière d'être psychique, frappante par son instabilité, qui, ensuite, fait place de nouveau à un état d'équilibre. L'hébéphrénie apparaît souvent, à son début, comme une expression exagérée et morbide de cette instabilité psychique qui se manifeste à l'âge de la puberté.



Fig. 166. — Démence hébéphrénique. — Hallucinations auditives et maux de tête.

Le début de cette forme morbide n'est pas insidieux, comme cela se voit dans la variété précédente; la psychose éclate plutôt d'une façon soudaine, aiguë, et cela après quelques vagues signes précurseurs : tentatives de fugue ou de suicide, troubles sensoriels, particulièrement *hallucinations auditives*. « J'entends des voix plein ma tête qui me saluent », disait une malade. Souvent ce sont des injures, des insultes, que la voix fait entendre : « prostituée ! femme de mauvaise vie ! ». « Cela mugissait comme les vagues de la mer, » disait une hébéphrénique. « Plie bagage, fais ton paquet, va-t'en ! » entendait une autre. « Les voix me donnent des maux de tête », disait la jeune fille repré-

sentée par la figure 166, en se tenant la tête. « J'entends les voix de l'humanité tout entière », remarquait encore une autre. Une jeune fille, pendant la nuit, voyait « une couronne étincelante et une étoile menaçante, puis des images effrayantes, des choses théâtrales ». La pendule parlait comme si elle était ensorcelée. Souvent, le sujet prétend reconnaître les timbres des voix qui sont quelquefois si nombreuses et si intenses que l'hébéphrénique, comme



Fig. 167. — Démence hébéphrénique. — Hallucinations auditives. Pseudo-stupeur.

celui qui est représenté par la figure 167, est complètement absorbé par elles et prête l'oreille, sans se préoccuper des personnes qui l'entourent. C'est là un état qui a les apparences de la stupeur et que l'on désigne quelquefois sous le nom de *pseudo-stupeur*. Il se produit fréquemment des troubles de la sensibilité tactile indiqués par des propos délirants du sujet. L'un sent que son lit plane en l'air. Un autre croit qu'on lui lance des oies à la tête et sur la nuque. Beaucoup se disent tout étourdis par des odeurs.

Des sensations d'ordre génital provoquent des déclarations, des plaintes et des disputes, comme l'indique par exemple ce propos : « Cette nuit on m'a enlevé les testicules ».

L'état cœnesthétique est souvent triste à la période initiale de l'hébéphrénie. Le malade se dit las de vivre et, cependant, un moment après, il est d'une gaîté exubérante, ou bien il est pris d'un rire insensé. Les propos délirants ne sont pas rares : ils se rattachent en grande partie aux hallucinations auditives. Ainsi, une malade prétend entendre qu'elle est la fille de l'empereur d'Allemagne et qu'elle est fiancée à un baron. Les idées délirantes sont remarquables par leur polymorphisme : on trouve chez le même sujet des idées hypocondriaques, de culpabilité, de persécution, de mysticisme, de grandeur. Mais la plupart du temps toutes les idées portent l'empreinte de la *démence*, de l'absurdité. Une femme dit, par exemple, qu'elle est enceinte d'une ombre. Un homme déclare qu'on a mis du fumier dans son pain. D'autres croient qu'ils ont été exécutés et que les os leur traversent la peau. Un hébéphrénique se faisait fort de régler la question gréco-turque. Une jeune malade se disait la souveraine de l'univers, la reine du monde supérieur et ajoutait qu'elle n'avait rien pour vivre. Un homme déclarait qu'il vivait de surnaturel.

Les troubles psychiques des hébéphréniques s'accompagnent parfois de réactions soudaines, impulsives, plus ou moins graves : l'un tente de se suicider, un autre attaque un passant ou allume un incendie ; d'autres encore font des fugues prolongées ou commettent des escroqueries. Ces manifestations subites, impulsives, ne se produisent que par à-coups et sont essentiellement transitoires. L'esprit d'initiative de ces sujets est, *a priori*, tellement affaibli que l'exécution, même d'un projet réalisable, ne leur est guère possible. De plus, les crises de dépression qui se produisent à chaque instant font vite de nouveau place à une profonde indifférence, qui n'est interrompue parfois que par des sensations pénibles. Les malades sont indifférents à l'égard de tout ce qui les intéressait autrefois, à l'égard de leur famille ou de leur profession. Il n'est pas rare qu'ils aient le sentiment d'être épuisés, mais jamais ils n'ont conscience de leur trouble mental.

En général, la perception des impressions extérieures, la présence d'esprit et l'orientation se maintiennent, ainsi

que la mémoire ; en particulier, les connaissances acquises à l'école se conservent d'une manière satisfaisante. Mais, néanmoins, surtout dans la période aiguë, les malades font des confusions entre les choses et les personnes. L'un appellera le médecin en chef un « vérificateur de cadavres », et l'interne du service un « sergent ». L'activité productive de l'intelligence est gravement compromise. De bonne heure déjà se produisent quelques-uns des symptômes caractéristiques de la perversion dans les actes et la conduite du sujet ; on constate chez lui un léger négativisme, une tendance à l'automatisme passif, et, en particulier, une série de tics, des gestes bizarres, maniérés, des grimaces de toutes sortes, comme chez les hébéphréniques représentés par les figures 151, 168, 169. Les malades se cachent sous leur lit ou dans le lit d'un autre ; ils tiraillent d'une façon stéréotypée leurs vêtements, ils font des grimaces en mangeant. Quand ils parlent, ils zézaient, leur prononciation est affectée ; ils emploient des tournures de phrases ridicules, ampoulées, et cela déjà dès le début de leur affection, quand ils racontent leurs troubles sensoriels et essaient de les expliquer. Leur langage est parsemé aussi de termes niais, incohérents, stéréotypés. Ils présentent souvent ce qu'on a appelé de la *verbigération*. Un malade disait qu'il avait puisé son savoir dans le « musée de la déclamation comique » ; un autre, quand on lui demandait de ses nouvelles, répondait chaque fois par le même mot dépourvu de tout sens : « Schepp. »

Les travaux que ces malades exécutent portent souvent aussi la marque d'absurdité et d'ineptie. Ce sont des fanfreluches et des colifichets sans goût, demandant une certaine dépense et de la patience, mais ne présentant ni la légèreté, ni l'ingéniosité plaisante des ouvrages faits par des maniaques (Voy. fig. 146).

On n'observe pas ici de stupeur grave ni de violente excitation prolongée. Comme signes physiques, on constate quelquefois une tuméfaction du corps thyroïde, une fréquence plus accentuée du pouls, de la cyanose, du dermographisme, un léger tremblement de mains, une exagération des réflexes patellaires. L'onanisme n'est pas rare. De temps à autre surviennent des défaillances, des lipothymies. Les cas d'hébéphrénie à début aigu et dans lesquels dominent les troubles sensoriels sont ceux qui présentent le plus de chances pour que les malades retrouvent

quelque calme et la possibilité de vaquer à de modestes occupations régulières. Parfois, il survient pourtant plus tard une rechute, une nouvelle explosion aiguë du trouble psychique, qui mène alors ordinairement à un degré encore plus profond d'affaiblissement intellectuel. La grande majorité des cas se terminent par un tel état de *démence* que les



Fig. 168. — Démence hébéphrénique. — La malade reste des journées entières avec un doigt dans la bouche.

malades ne peuvent plus accomplir que quelques travaux mécaniques, et cela sous une surveillance continuelle; le plus souvent ils ne sont plus bons qu'à passer le reste de leur existence inactive et indifférente dans une maison de santé. Ils reconnaissent bien, il est vrai, leur médecin, même après plusieurs années ; ils peuvent débiter encore, quand on le leur demande, les bribes de leur bagage sco-

laire ; mais ils sont profondément indifférents à tout, leur sensibilité affective est éteinte comme leur activité ; ils ont en outre des tics et, quelquefois aussi, des crises d'agitation



Fig. 169. — Démence hébéphrénique. — Mouvement stéréotypé consistant à se tirer continuellement le lobule de l'oreille.

passagère. Il est plus rare de constater chez eux l'existence de véritables conceptions délirantes ou de troubles sensoriels.

C. — CATATONIE

La forme *catatonique* de la démence précoce se distingue principalement par des symptômes d'ordre *moteur*. Le début de cette forme peut être suraigu, mais la plupart du temps il est plus ou moins *insidieux* et *lent*. La perception peut être conservée, même dans un cas d'excitation très vive, quoique par son agitation le sujet paraîtra plus

confus et plus désorienté qu'il ne l'est en réalité. Néanmoins, par suite de l'excitation et aussi, sans doute, à cause des troubles sensoriels, l'interprétation des choses perçues est souvent défectueuse. Les troubles sensoriels se produisent comme dans la forme précédente, mais moins abondamment. Même dans une forte excitation, on peut fixer l'attention des malades; la chose est plus difficile dans les états de stupeur. La mémoire est en général bien conservée. Ce qui est devenu très difficile, c'est l'utilisation des matériaux assimilés, c'est l'activité aperceptive. Les propos délirants ne sont pas rares, mais ils ne persistent ordinairement pas longtemps, et sont remplacés par d'autres idées délirantes, d'une nature toute différente. Parmi ces conceptions absurdes, il y en a qui reviennent, il est vrai, d'une façon stéréotypée, mais il n'existe à leur sujet aucune systématisation. L'orientation dans l'espace et dans le temps est parfois défectueuse. La conscience est obscurcie et l'association des idées souvent troublée. L'état cœnesthétique, dans la première période de la catatonie, est ordinairement déprimé, mais souvent aussi l'humeur est plutôt niaisement joviale, érotique ou sentimentale. Finalement, la sensibilité affective s'affaiblit et les malades tombent progressivement dans une profonde démence.

Les *fonctions psychomotrices* sont gravement compromises. On constate de la *stupeur* dans presque la moitié des cas. Les sujets restent étendus dans une position inerte, les yeux et les lèvres à demi ouverts; ils ne réagissent nullement à n'importe quelle excitation. Des interrogatoires, des visites des parents les plus proches, des offres d'aliments, des menaces de piqûres d'épingles, tout cela ne produit aucune impression. Les membres sont si fortement tendus qu'il n'est pas rare de voir survenir de la cyanose, du refroidissement et de l'œdème des extrémités. Quand on essaie de faire faire au malade quelques mouvements passifs, on trouve une résistance violente qui constitue le phénomène du *négativisme*. Si on lui touche les yeux, les lèvres, aussitôt il les ferme vigoureusement. Il tient ses membres à tel point raidis que l'on pourrait plutôt le soulever en l'air, en le tenant par la main, que lui faire ployer le coude. Certains malades, comme la catatonique représentée par la figure 170, se cachent ou se voilent le visage. Il arrive que le sujet refuse régulièrement la nourriture. De même, est très fréquente la rétention volontaire

d'urine et des matières fécales. Cet état peut durer des mois, de sorte que l'alimentation par la sonde, ainsi qu'une surveillance active des fonctions vésicales et intestinales deviennent nécessaires. Néanmoins, les malades ne sont pas complètement dépourvus de toute compréhension et de toute mémoire. Un catatonique en stupeur se mit à gémir au moment où on lui faisait une petite opération.

Dans beaucoup de cas, on constate que les malades ne



Fig. 170. — Démence catatonique. — Résistance opposition négativisme. La malade cache continuellement son visage avec les mains.

réagissent pas d'abord à un ordre qu'on leur donne, ou qu'ils exécutent un acte tout opposé, jusqu'à ce que, tout à coup, ils obéissent au désir exprimé. Alors ils se mettent à tracer, par exemple, d'un seul trait de plume leur nom qu'on leur demandait d'écrire. Ici, il ne s'agit pas d'une difficulté d'exécuter un acte volontaire, il ne s'agit pas d'un *arrêt psychomoteur*, comme dans la stupeur de la folie intermittente, par exemple, mais plutôt, comme l'explique Kraepelin, d'une difficulté dans la production de la première impulsion, d'une sorte d'*entrave* dans la volonté.

Le plus souvent, le *négativisme* prédomine. Dans d'autres cas, on constate de la *catalepsie* et de l'*automatisme passif*.

[La *plasticité musculaire persistante* des catatoniques s'expliquerait, d'après Raymond, par une altération du sens musculaire observée également chez les hystériques.]

En opposition avec la stupeur, se trouve l'état d'*agitation* violente qui s'observe dans plus de la moitié des cas. Les sujets deviennent inquiets, crient, rugissent, battent l'air, se jettent à droite ou à gauche, veulent s'en aller, menacent leur entourage, deviennent violents, accomplissent d'une façon impulsive certains actes absurdes. Presque toujours, rien ne peut les influencer dans ce déchaînement violent d'agitation psychomotrice. Le négativisme est généralement très marqué en pareil cas. Les malades refusent la nourriture, évitent tout contact et sont parfois muets. Leurs mouvements ont quelque chose d'uniforme, de stéréotypé. Souvent il se produit un mélange de symptômes moteurs tellement abondants qu'une description de pareils états est extrêmement difficile. Le sténogramme suivant, exemple d'incohérence, de stéréotypie et de verbigération, montre comment une catatonique, au cours d'un accès d'agitation extrêmement violente, ne répond que partiellement aux questions; comment elle se comporte dans son négativisme; comment elle ne veut rien savoir d'une chose qu'elle réclame pourtant:



Fig. 171. — Démence catatonique avec agitation.

« Le Très-Haut dans le ciel, lui sait et voit tout, il connaît les pensées les plus intimes, il a compté tous les cheveux de notre tête, qu'il m'assiste! » -- Demande : « Avez-vous faim? » — Réponse : « J'ai faim depuis longtemps déjà : personne ne veut me donner à manger. De l'eau fraîche, de l'eau fraîche



Fig. 172. — Démence catatonique.

désaltère ; de l'eau, de l'eau fraîche, de l'eau fraîche, fraîche eau. » — Demande : « Combien d'enfants avez-vous donc? » — Réponse : « Tout le monde qu'on voudra. Au nom du père, du fils! Enfermée, je suis enfermée. » — On lui présente un verre d'eau, elle ne le prend pas. Elle dit : « Vous pourriez le venger, vous le vengez. Il y a si longtemps que je suis enfermée; je ne sais pas pourquoi. » — « De l'eau fraîche; j'aime l'eau fraîche. Mais il ne faut pas qu'il m'arrive du mal; pour moi il ne faut pas verser un sang innocent, ni pour mes enfants. Non plus! Cher homme, vous êtes un brave homme.

Là-haut, dans le ciel, est le Tout-Puissant, la sœur Élias, Élias est au ciel, au plus haut du ciel. Puis-je boire de l'eau ? » (Maintenant elle boit l'eau.) — « Mais elle n'est pas bonne, l'eau est meilleure chez nous. Le curé catholique de Rammenthal va m'apporter à manger. Tu sais que je suis innocente, que je souffre innocente ; le saint père Romain Ponce Pilate ! »

A côté de l'agitation violente il s'en produit assez souvent une autre, moins bruyante, mais plus durable, dans laquelle les sujets ne dorment pas, souvent pendant des mois, et se livrent toujours à quelques actes insensés. Ils se blottissent dans le lit, ils veulent salir le linge, ils percent lentement des trous dans les cloisons, ils effilent les draps de leur lit ; ils chuchotent ; plus souvent ils se glissent lentement hors de leur lit et de la chambre ; très fréquemment, ils sont érotiques.

De temps en temps on observe aussi une excitation transitoire, généralement douce et inoffensive. Les malades applaudissent, font entendre un rire chevrotant, ils lancent de la soupe autour d'eux ; ils n'ont aucune explosion de violence, ni de désirs impulsifs de fuir.

Tous ces phénomènes d'excitation motrice sont caractérisés par les mouvements stéréotypés et incohérents.

Beaucoup de sujets font toujours le même mouvement de tête ou des membres. D'autres se livrent constamment aux mêmes radotages, aux mêmes actes absurdes, comme de tambouriner sur leur lit, de se déshabiller chaque jour, de déchirer sans relâche la couverture de leur lit. Mais il faut toujours s'attendre à ce qu'ils accomplissent tout à coup, d'une façon impulsive, quelque acte sans aucun rapport avec le reste de leur conduite. Une malade, comme celle que représente la figure 142, s'élance brusquement vers la fenêtre et laisse pendre ses jambes en dehors. Une autre, représentée par la figure 173, traverse en courant la salle, jette ses vêtements par terre et reste toute nue debout dans un coin. Un catatonique se mord le bras ou fait des cabrioles, se dresse tout à coup en chemise, à côté de son lit, comme le malade de la figure 174, ou s'assoit dans les plats remplis d'aliments. Ils négligent souvent leur tenue extérieure ; ils ont les cheveux mal peignés ou dénoués, comme la femme représentée par la figure 175, des vêtements en mauvais état.

Le *langage* des catatoniques porte l'empreinte de leur

agitation. La volubilité de la parole, accompagnée de phrases stéréotypées, s'observe surtout chez les malades récemment atteints, comme dans l'exemple suivant :

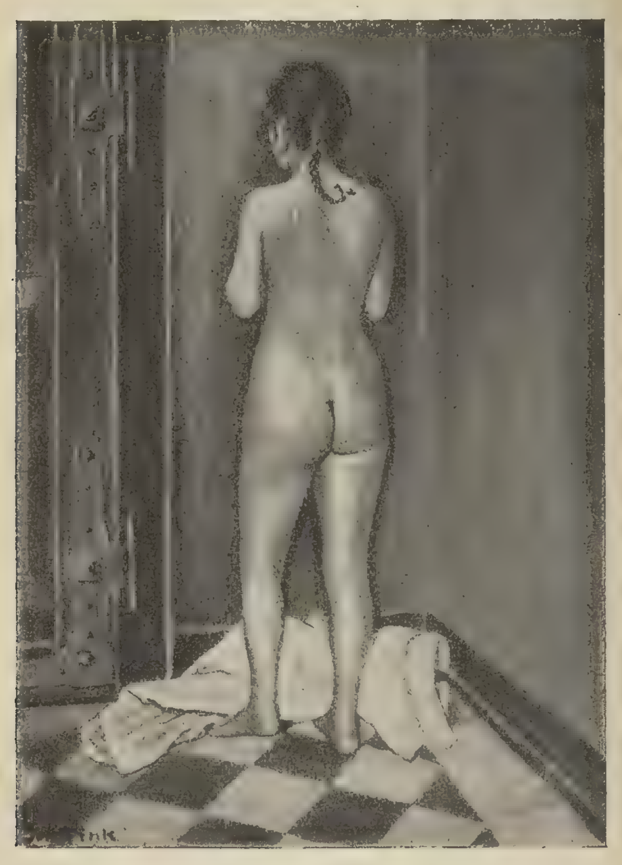


Fig. 173. — Démence catatonique. — Fuite impulsive dans un coin. La malade se déshabille et reste nue, debout dans un état de stupeur.

Maintenant vous pouvez écrire, Fritz fait le nom, j'ai pris une tasse de café, sur ma foi, tu es le Fritz, mon manteau brun, mon foulard bleu, ma robe, oui, lèche-moi le derrière,

et... puis viens, Seigneur, encore une fois, cavalier de feu, saucisse, latin d'apothicaire. Tiens, en voilà un qui a les savates à Fritz, celui-là avec ses lunettes, ses savates, pomme de terre et fromage manger » (la malade crache à la figure du médecin); « donne-moi cette montre, elle est à moi; tu serais bien content, âne que tu es, de valoir autant qu'elle » (elle arrache au médecin son lorgnon); maintenant tu es mon petit Fritz, tu es assez bête.»

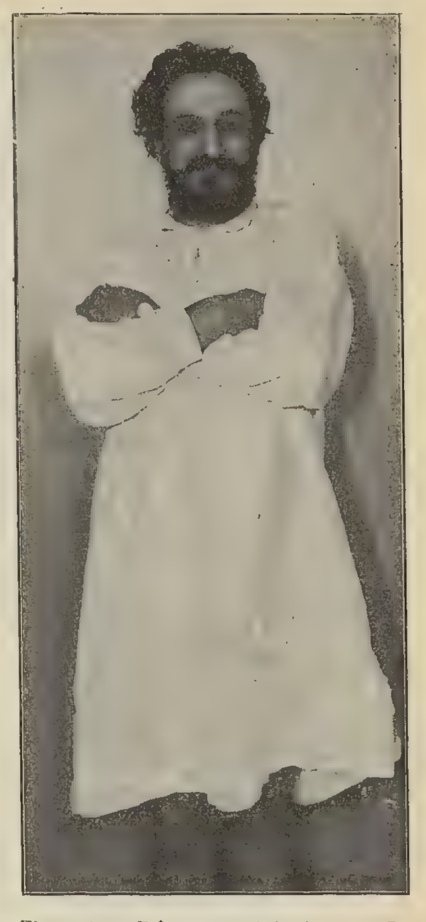


Fig. 174. — Démence catatonique. — Le malade se dresse en chemise, à côté de son lit, les bras croisés sur la poitrine.

Plus tard, la tendance à la stéréotypie du langage s'accentue toujours davantage, jusqu'à ce qu'enfin apparaisse la *verbigération*. Ainsi une malade répétait pendant des heures : « Il est tombé du ciel une nouille ; elle était grosse et blanche; elle était belle ». Quand l'agitation diminue, le discours devient souvent un pur radotage ; en apparence les phrases sont finies, mais le sens en est nul.

Les malades forgent des termes absurdes; on observe des discours entiers dépourvus de sens

et prononcés dans une langue de leur invention. L'*écho-praxie* et l'*écholalie* sont très fréquentes.



Fig. 175. — Démence catatonique. — Cheveux en désordre négligence complète de la tenue.

La *catalepsie* s'observe très souvent. Les malades prennent d'eux-mêmes des positions anormales, dans lesquelles ils restent ensuite à la façon des cataleptiques. Les figures 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185 sont autant d'exemples de démence catatonique avec attitudes cataleptiformes. Une malade restait chaque jour assise devant son assiette, laissant plonger son nez dans la soupe.

Les *attitudes absurdes*, les *grimaces*, comme dans les figures 178 et 179, les *tics* sont ici encore beaucoup plus fréquents que dans les autres formes de la démence précoce. Étant donné le nombre inépuisable des variétés de ces phénomènes, il est impossible d'en fournir ici une énumération complète. Les nombreuses figures de ce livre (Voy. fig. 170 à 189) en diront, à ce sujet, plus long qu'une description verbale. Chacune de ces figures doit être exa-

minée avec attention. Rappelons encore les images



Fig. 176. — Cinq déments catatoniques avec catalepsie.

Fig. 177. — Démence catatonique avec çatalepsie.

reproduites plus haut et qui représentent quelques-unes

des grimaces : du spasme des lèvres (Voy. fig. 152); des singulières manières de manger (Voy. fig. 145 et 147); des attitudes bizarres et des manières étranges de marcher (Voy. fig. 148).

L'*évolution* de la démence catatonique est extrêmement variable, beaucoup plus variée que ne le suppose le schéma tracé par Kahlbaum. Stupeur avec négativisme et catalepsie, excitation furieuse et agitation plus légère, association du négativisme avec l'automatisme passif ou la suggestibilité, des symptômes de stupeur et d'agitation, tous ces phénomènes se succèdent d'une manière bariolée; sans parler qu'il s'y mêle encore souvent des troubles sensoriels plus ou moins intenses.



Fig. 178. — Démence catatonique avec figure grimaçante.

Une stupeur très forte se prolongeant pendant plusieurs mois n'est pas rare. Une malade est restée pendant trois ans dans un état d'excitation furieuse avec des illusions et des hallucinations; elle était assise toute la journée sur son lit, en balançant son corps à droite et à gauche d'une façon stéréotypée et se livrant à une verbigération bruyante et intense; elle apostrophait violemment toute personne qui entrait et la mettait à la porte. Quelquefois, l'évolution de la démence catatonique se fait par poussées successives. Il peut survenir aussi un état de stupeur qui fait place à une rémission, à laquelle succède ensuite un état d'agita-

tion. Après des semaines, des mois et des années, la démence catatonique passe à une phase chronique calme, caractérisée la plupart du temps par un *affaiblissement permanent des facultés intellectuelles*, qui ne se distingue en aucune façon de l'affaiblissement qu'on constate dans les autres formes de la démence précoce. Dans certains cas, les symptômes catatoniques s'établissent d'une façon définitive, après que la démence simple ou l'hébéphrénie ont longtemps dominé le tableau clinique.



Fig. 179. — Démence catatonique. — La malade grince des dents ; visage grimaçant; attitude cataleptiforme du tronc.

Il arrive parfois que des accidents en apparence purementhystériques se transforment insensiblement, après une durée de plusieurs années, en une excitation catatonique avec stupeur, négativisme et attitudes maniérées. Dans d'autres cas, on peut observer au cours d'une démence catatonique aiguë une suite de manifestations hystériques, comme chez le malade représenté par les figures 188 et 189.

Tantôt, la stupeur avec négativisme constitue le symptôme le plus frappant pendant toute la durée de la démence catatonique ; tantôt, il arrive que la stupeur se présente avec une catalepsie intense sans négati-



Fig. 180. — Démence catatonique. — Attitude cataleptiforme de la malade plongée dans un bain prolongé.

Fig. 181. — Démence catatonique avec attitude cataleptiforme. — La malade laisse pencher la partie supérieure du corps hors du lit.

visme bien accentué (fig. 184, 185); en pareil cas, les

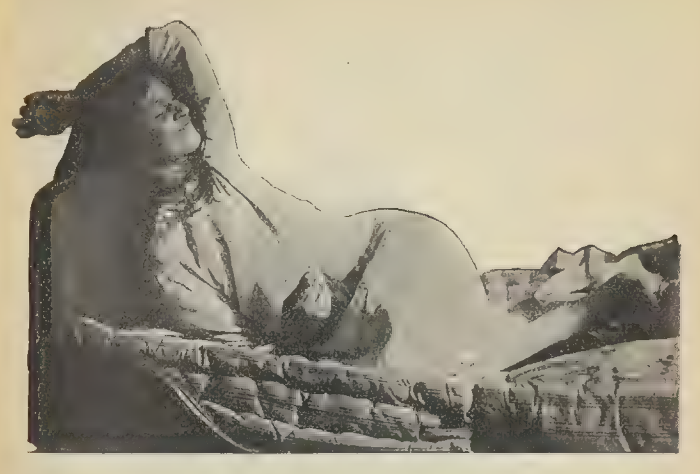


Fig. 182. — Démence catatonique avec attitude cataleptiforme. La malade appuie la tête sur le bois du lit.

attitudes maniérées sont particulièrement manifestes.

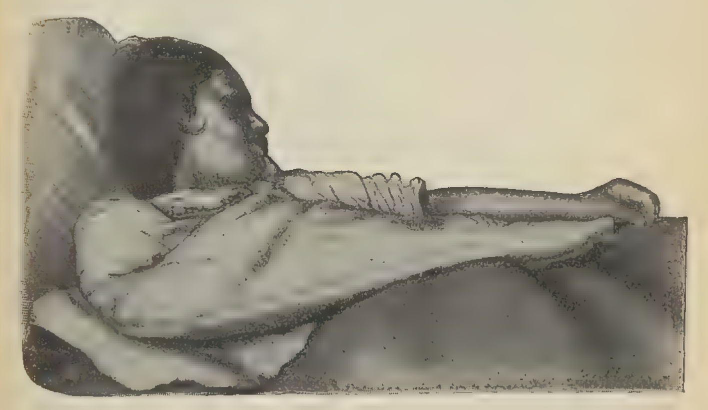


Fig. 183. — Démence catatonique avec stupeur et négativisme. Le bras gauche de la malade est en contracture.

Parfois l'agitation est à peine prononcée; elle ne s'accom-

pagne d'aucun acte violent, ni de réclamations bruyantes; elle présente seulement les traits fondamentaux du trouble de la volonté avec incohérence, paroles et actes stéréotypés et attitudes maniérées.

L'excitation suit parfois une marche lente, ce qui ne l'empêche pas, par sa longue durée, de provoquer chez le malade un grand affaiblissement physique. Les phénomènes



Fig. 184. — Démence catatonique avec stupeur et catalepsie. Physionomie immobile comme un masque.

inquiétants qui peuvent surtout se produire dans ces cas sont les tendances à la bave, au barbouillage, à la destruction. La malade de la figure 186 est un exemple de cette agitaiion sur place.

Parfois l'excitation devient tout à coup suraiguë et disparaît de même rapidement, de sorte qu'on pourrait penser à un délire épileptique. Quelquefois, il survient plusieurs poussées d'excitation se succédant très rapidement, avec des intervalles relativement bons. Mais, d'intervalle à intervalle, la démence s'aggrave toujours.

Le malade représenté par la figure 187 est un dément catatonique au facies grimaçant. Chez lui, l'excitation présente un caractère épileptiforme ; elle s'accompagne de nombreux tics, d'une attitude niaise et de radotage.

Comme dans l'hébéphrénie, on voit apparaître ici parfois des idées délirantes non seulement transitoires, mais persistant pendant des mois avec le même caractère de stéréotypie que les tournures de phrases du dément catatonique, ses attitudes et ses mouvements. Ces idées ne sont d'ailleurs nullement systématisées et ne paraissent exercer aucune influence sur les actes du malade.

On observe non seulement des cas dans lesquels se trouvent des traits caractéristi-



Fig. 185. — Démence catatonique avec catalepsie intense.

ques de l'*hystérie*, datant de la jeunesse, mais quelquefois,

et en particulier au début de la catatonie, se produisent des états d'agitation qui rappellent nettement l'hystérie :



Fig. 186. — Démence catatonique avec agitation sur place. — La malade garde une attitude accroupie.

attaques avec attitudes passionnelles, clownisme, arc de cercle. Les figures 188 et 189 en sont des exemples.

[On trouvera dans mes conférences sur les *Variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne* une revue critique sur la *catatonie* et la *folie catatonique*.]

D. — DÉMENCE PARANOÏQUE.

Chez un nombre considérable de déments précoces, l'affection psychique ne s'est développée ni d'une façon insidieuse et lente, ni sous la forme d'un accès d'excitation rapide, passager, ni enfin sous celle de crises de catatonie. Au premier plan, il y avait dans ces cas, pendant un temps assez long, des *idées délirantes en apparence systématisées*.



Fig. 187. — Démence catatonique avec facies grimaçant.

Beaucoup d'auteurs qui, comme nous, n'admettent pas la notion de la *paranoia* aiguë, n'en désignent pas moins ces variétés à évolution prolongée sous la forme d'un délire en apparence systématisé, sous le nom de *paranoia chronique*. Cependant, il y a lieu, avec Kraepelin, d'établir une division bien tranchée : 1° d'un côté se trouvent les malades qui, même après un délire plus ou moins systématisé et durant plusieurs années, finissent par aboutir à l'*affaiblissement chronique des facultés intellectuelles*, ca-

ractérisant la *démence précoce* avec son effacement du sentiment et de la volonté, son négativisme et ses tics; 2° d'un autre côté, il faut placer les sujets atteints de ce qui a été désigné dans le présent livre sous le nom de *paranoia* proprement dite (Voy. chap. XVII), et dont la folie processive peut être considérée comme le type; sujets chez



Fig. 188. — Démence précoce ; attaque d'hystérie.

lesquels se développe progressivement un système délirant complexe, formant un véritable cercle fermé. Les malades atteints d'un pareil délire se défendent contre toutes les objections; leurs sphères affective et aperceptive ne présentent aucun affaiblissement; et enfin, ils ne tombent pas dans cette démence à laquelle aboutissent fatalement les sujets du premier groupe. Il s'agit de bien distinguer l'une de l'autre ces deux catégories de cas et de bien se rappeler que les malades de la première catégorie portent, dès les premières phases de leur affection, l'empreinte de la démence précoce.

On parvient à faire cette distinction très importante : 1° en tenant compte des contradictions et des absurdités inhérentes aux conceptions délirantes de la *démence précoce*; 2° en établissant la disproportion qui existe, dans cette dernière, entre les idées, d'un côté, et l'obtusion de la sen-



Fig. 189. — Démence précoce; même malade (fig. 188) dans une attitude affectée, avec le visage tatoué.

sibilité affective et de la volonté, d'un autre côté ; 3° en constatant l'existence des signes caractéristiques d'un trouble de la volonté, qui se manifestent dès le début de la démence paranoïde. Ces signes, à vrai dire, ne sont pas aussi nombreux dans cette démence que dans la catatonie, mais ils ne sont jamais absents et sont tou-

jours représentés, au moins d'une manière isolée, par le négativisme, l'automatisme passif ou la suggestibilité, les manières singulières de manger, de parler, de marcher ou de saluer, la stéréotypie des gestes et des mots, la tendance aux néologismes, la verbigération.

Nous distinguons trois variétés de la *démence paranoïque* : 1° *paranoïque hallucinatoire* ; 2° *paranoïde* et 3° *paranoïque fantasque.*

1. — *Démence paranoïque hallucinatoire.*

Dans cette variété prédominent pendant un temps assez prolongé des troubles sensoriels intenses, auxquels viennent s'adjoindre des idées délirantes. Le malade perçoit encore ce qui se passe autour de lui, mais son attention est constamment sollicitée par les illusions et les hallucinations. Il tend l'oreille pour écouter les voix, ou bien il reste assis en stupeur, plongé dans ses perceptions illusoires. Bien des fois ce sont de longs discours qu'il entend; parfois il répond aux voix et engage avec elles un véritable colloque. A certains moments, il semble au sujet que ses idées lui sont dictées du dehors à haute voix, ce qui constitue le symptôme du *dédoublement de la pensée.* Son intelligence est absorbée par ces sensations et ces impressions. Il devient indifférent à tout ce qui l'intéressait autrefois. Les sensations d'ordre somatique, surtout celles de nature génitale, sont en pareil cas extrêmement fréquentes. Ces diverses impressions groupées et plus ou moins bien systématisées deviennent des idées délirantes, principalement des idées de persécution, en vertu de ce fait que les sensations désagréables sont attribuées à des persécuteurs ou à des contradicteurs imaginaires. Les malades sont torturés par des fils métalliques, des odeurs, des formules magiques, des incantations, des rayons de Röntgen, la fiente du diable.

Ces diverses sensations somatiques ont été souvent décrites sous le nom de *délire de persécution physique.* Toutes les sensations d'origine exogène ou endogène sont interprétées et transformées par les malades dans le sens de leurs perceptions imaginaires et de leurs idées morbides; c'est le *délire des rapports* [ou le *délire par allusions*]. Le sujet conserve cependant habituellement ses facultés de jugement et d'orientation. Un examen approfondi montre

aussi que la mémoire et les connaissances acquises se maintiennent suffisamment; mais les malades ne sont plus en état de tirer parti de leurs acquisitions antérieures. La sphère de la volonté est chez eux gravement compromise. Leur activité se manifeste souvent d'une façon impulsive: ils partent subitement en voyage sans motif normal; ils commettent tout à coup un acte de violence; ils se mettent à pousser brusquement des cris et se livrent d'une façon soudaine à une mimique absurde caractéristique de la démence précoce. Les déments paranoïques hallucinés, comme la femme représentée par la figure 190, affectent des attitudes niaises; ils parlent d'une façon doucereuse, en zézayant; ils font des *grimaces*, présentent un certain degré de négativisme et de suggestibilité; ils ont des gestes maniérés, des tics; de plus, leur lan-

Fig. 190. — Démence paranoïque hallucinatoire.

gage est le plus souvent une véritable « salade de mots ». Ces manifestations morbides peuvent se maintenir pendant des années. Les troubles sensoriels restent longtemps au premier plan. Les idées délirantes deviennent de plus en plus absurdes et confuses, jusqu'à ce que, peu à peu, les troubles sensoriels diminuent. Il subsiste encore, pendant des mois et des années, des conceptions délirantes ; finalement, s'établit un état d'hébétude et de faiblesse de la volonté avec des signes de démence.

2. — *Démence paranoïde.*

[Pour Kraepelin, les délires mal ou nullement systématisés doivent être détachés du groupe de *paranoia* précédemment décrit et classés comme une variété « paranoïde » de la démence précoce.

Séglas, Sérieux réservent la dénomination de « démence paranoïde » aux syndromes délirants dépourvus de toute systématisation. Deny et Roy semblent adopter plutôt la manière de voir de Kraepelin.]

La *démence paranoïde* a été décrite par Kraepelin. C'est une variété de démence précoce dans laquelle dominent, en masses et sans cohésion, des idées de persécution et de grandeur, variant constamment, se rapportant toujours à la personnalité du malade et très accessibles à la suggestion. Il s'agit là d'une *forme suggestible de la démence paranoïque.*

Au début, on constate souvent des maux de tête, des inquiétudes, quelquefois de l'angoisse, des accès de mauvaise humeur, des insomnies se reproduisant fréquemment. Les malades s'agitent facilement, ont des hallucinations, en particulier celles de l'ouïe, mais leur jugement n'est pas aboli ; ils continuent à être assez ordonnés et s'orientent bien dans l'espace et dans le temps. Souvent, cependant, ils ne reconnaissent pas les personnes de leur entourage, qu'ils confondent avec des personnages imaginaires. L'état cœnesthétique est quelquefois excité, mais il se manifeste toujours une absence de plus en plus grande de la sensibilité affective ou émotive. Par moments, se produisent des actes dangereux qui ne s'expliquent qu'insuffisamment par les hallucinations et les idées délirantes. Une femme donna un coup de hache sur la tête de son mari « pour le sauver ». Les conceptions délirantes sont

nombreuses et n'ont aucun rapport avec l'état cœnesthétique ou la conduite du sujet. Les déments paranoïdes imaginent des aventures romanesques qui n'ont qu'une vague relation avec leurs hallucinations. Leurs récits portent souvent l'empreinte de la démence précoce par leur absurdité, leurs tournures de phrases alambiquées, leurs néologismes bizarres.

[Nous trouvons dans la thèse de Masselon l'exemple suivant de la « salade de mots » et de néologismes chez un dément paranoïde :

La Ville-Évrard, le 26 décembre 1900,
Maison d'Éducation de la Légion d'honneur,
Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

A mon estimable et très ordonné confrère et empereur d'Auguste, l'Empereur Guillaume Wilhem, au château de Chelles-Gournay. (*Seine-et-Oise.*)

Mon très cher communiquant,

J'ai l'honneur de vous adresser en suite des coormenilmegehlation unneresque que nous avons bien pu passer ensemble à l'ordre de la Tradition. Tout ce que le Tradigiellaire de l'espoir veut et peut nous émotionner de plus parfait comme de plus spirituel ami. La gloire de la résoudre ensemble et hors de quelles lois quelconques qu'il nous plaira de faire unnarhvenir composer ainsi artheniarser et parrergir sous les aspects composés de la forme et à l'ordre de nos sentiments intellectuels resuraneglides les plus endrametluables l'assurance de nos plus parfaites, comme de nos plus inaltérables sympathies. A toi mes plus agréables espérances et mes vieux nobles sentiments réservés de toute la Joie que j'en espère pour être en ce jour proche réuni.

L'Empereur des Français, Louis-Auguste Pic... Napoléon V.]

Une malade racontait « que toutes les parties de son corps étaient fausses, qu'on lui essayait un crâne pendant la nuit, qu'elle avait volé et que les gendarmes étaient à sa poursuite; que les races défuntes ont eu beaucoup de misère ». — « Je suis feu votre père », disait une autre. — Un dément paranoïde se plaignait de mauvais amis « qui lui font des reproches et s'entendent avec sa femme contre lui ; on devait le présenter comme socialiste, il sentait bien

l'hostilité de son persécuteur dans son estomac ; il devait y avoir là une machine. Napoléon était devenu hermaphrodite et le tourmentait maintenant comme surveillant des travaux forcés. La nuit, on jetait devant lui des puces et des poux; on volait le linge frais de dessus le corps des malades ». — Une autre paranoïde disait qu'elle était brisée tous les jours parce qu'il lui fallait porter la lourde fenêtre; de sorte que toutes les parties de son corps étaient trop



Fig. 191. — Démence paranoïde. — Suggestibilité très accusée.

étroites ; on lui avait coupé les paupières pour les rendre petites. L'abondance des idées délirantes se peut juger d'après le cas de cette malade qui écrivait sans relâche des lettres de plaintes à tous les bureaux de police possibles, au nombre de plus de cent chaque mois. A titre isolé, il survient des symptômes tels que le *négativisme*, la *suggestibilité*, les *tics* les plus divers, parmi lesquels des tics d'ordre verbal : « Ce n'est pas la peine de donner la patte », répétait chaque jour un malade quand on lui disait bonjour. Quand on leur pose une question, les malades ne se lassent pas de donner des détails et des explications délirantes. Si l'on interroge l'un de ces sujets sur sa fortune, il déclare que l'empereur, au jour du couronnement, lui a donné un million. On s'informait près

d'un malade de ses parents, il répondit : « Si on les redécapite maintenant et si on les met en terre, je crierai. »

Ce n'est qu'après des années que la production des idées délirantes se tarit. Les malades deviennent alors de plus en plus obtus, s'occupent peu, quoique leur mémoire soit conservée. Certaines attitudes maniérées, quelques phrases stéréotypées se maintiennent souvent pendant longtemps. Un sujet qui ne voulait jamais donner la main disait encore, treize ans après le début de son affection, au médecin qu'il rencontrait et qui lui tendait la main : « Jamais à la racine de tout mal ». La suggestibilité est quelquefois très marquée, comme cela existait chez un jeune homme représenté par la figure 191.

3. — *Démence paranoïque à forme fantasque.*

Dans cette variété de la démence paranoïque, les *conceptions délirantes* occupent une place plus importante encore que dans la démence paranoïque hallucinatoire. Les malades présentent bien quelques troubles sensoriels, mais ces derniers ont moins de prise sur eux; ils emploient plutôt toutes leurs forces intellectuelles pour s'expliquer leurs illusions et leurs hallucinations, et édifient ainsi un système plein d'imagination débordante, fantasque, confus, contradictoire, qui porte en lui dès le début l'empreinte de la démence. En outre, ils tirent fréquemment des conséquences de leurs idées délirantes, et cela à la manière tout à fait démentielle.

Le début de cette variété est, en général, insidieux et lent : on voit survenir des accès de mauvaise humeur ou de dépression, des malaises, des troubles sensoriels. Une malade entend des coups de feu et dit que c'est la guerre. Des voix poussent des « hourrah ! ». Une paranoïque fantasque sent dans sa poitrine de la « sorcellerie » et dans les oreilles un gaz asphyxiant; elle a un goût de soufre, d'alcool à brûler, de jus d'oignons. Un autre cherche à expliquer les voix ; il rapporte à lui-même toutes sortes de propos sans importance; il sent qu'il est séparé des autres hommes; il trouve des signes qui indiquent qu'il était né pour quelque chose de supérieur. Dès qu'il entre dans la chambre, il entend des « chuchotements »; il est frappé de ce que son frère ne lui ressemble pas; il dit que sa mère lui a mis du phosphore dans son lait; il est même écrit

dans l'Évangile qu'il est « un homme en esprit ». Un malade soutenait qu'il y avait deux gardes-chiourme cachés dans



Fig. 192. — Démence paranoïque à forme fantasque. — Le malade se fait passer pour le grand chancelier impérial et couvre sa poitrine de médailles de monnaies et de décorations qu'il fabrique lui-même. Il s'occupe néanmoins avec zèle du nettoyage des cabinets d'aisances dans son asile.

le service; il réclamait qu'on le laissât partir ou qu'on lui donnât 150 francs de dommages-intérêts par jour; mais, d'autre part, il resta absolument indifférent quand on vint

lui annoncer que sa femme avait mis un enfant au monde. Tout en étant indifférents à tout ce qui les intéressait auparavant, les sujets emploient tous les moyens pour conformer leurs actes à leurs idées délirantes. L'un d'eux adresse une pétition au gouvernement pour demander l'autorisation de se défaire de ses ennemis ; une malade, représentée par la figure 193, qui se croyait, depuis des années, persécutée par des courants d'air trop forts sortant de la muraille, portait son bras, qu'elle déclarait être paralysé, dans une écharpe de cuir; en réalité, le bras était absolument sain, et il n'y avait, d'ailleurs, chez cette femme, aucun symptôme hystérique. Souvent on trouve des signes de négativisme et de suggestibilité, de même que, comme le montre la figure 195, toutes sortes de grimaces, de *tics*, parmi lesquels des tics d'ordre verbal. Une malade se plaignait de ce qu'on la « mentalisait et mécanisait ». Une autre disait qu'on « entendait toute la journée



Fig. 193. — Démence paranoïque fantasque. — La malade s'imagine que son bras est paralysé par des courants d'air sortant d'une muraille. Obéissant à cette idée, elle porte le bras en écharpe.

penser dans l'établissement ». A côté des idées de persécution les plus diverses, on trouve aussi des idées de jalousie et de grandeur. Un malade, représenté par la figure 192, assurait qu'il était « chancelier impérial et officier de réserve ». Un autre présentait des idées de persécution. On empoisonnait ses aliments, sa femme y mettait toutes sortes d'ordures. Se croyant poursuivi par des odeurs, il se construisit, comme le montre la figure 194, un petit appareil composé d'un anneau et de deux petites plaques en fer-blanc pour se boucher les narines.

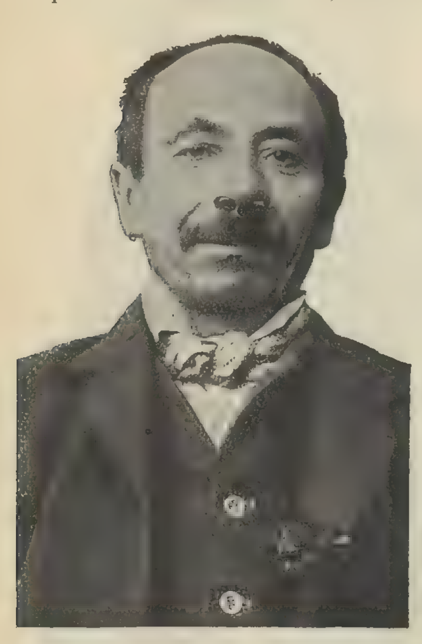


Fig. 194. — Démence paranoïque fantasque. — Le malade porte un appareil au nez pour se protéger contre les mauvaises odeurs envoyées par ses persécuteurs.

Terminaison. — Les deux tiers des cas environ de la démence précoce commencent avant la vingt-cinquième année de la vie, comme le montre le graphique représenté par la figure 162. Seule, la démence paranoïque fantasque s'établit généralement beaucoup plus tard, quoiqu'il y ait de vagues symptômes qui se manifestent parfois des dizaines d'années auparavant. La terminaison habituelle est la *démence* avec, comme trait caractéristique, l'affaiblissement dans les sphères affective et volutionnelle. On peut se demander au bout de combien de temps ce stade de démence est définitivement atteint, jusqu'à quel point les accidents démentiels nuisent à la personnalité psychique et quels sont

les autres troubles qui peuvent encore survenir sur cette même base d'affaiblissement intellectuel. Plus des trois quarts des cas parviennent indubitablement à un haut degré de démence permanente, dont le caractère pathologique s'impose même aux observateurs les moins initiés. En ce qui concerne les autres cas, le jugement que le vulgaire porte sur eux dépend de l'idée qu'on se fait de ce qu'on appelle *guérison*; les personnes peu au courant de la psychiatrie sont portées souvent à beaucoup d'indul-



Fig. 195. — Démence paranoïque fantasque. — Grimaces et tics. Oreilles en anses de panier.

gence pour décerner un certificat de santé intellectuelle. On a maintes fois constaté qu'un mari, par exemple, affirmait que sa femme n'était plus malade, alors que le médecin qui l'avait soignée la trouvait déprimée, muette, complètement apathique. Si par *guérison* on entend une *restitutio ad integrum*, il est impossible de ne pas la mettre en doute quand il s'agit de la démence précoce, tandis qu'au contraire la guérison peut survenir réellement après des accès de folie intermittente ou après les diverses psychoses d'épuisement. Quoi qu'il en soit, 8 p. 100 des héboïdes et des hébéphréniques, 13 p. 100 des catatoniques reconquièrent, d'après Kraepelin, un tel degré de leur capacité au travail qu'on peut les considérer comme guéris, alors

même que le médecin peut encore découvrir chez eux des traces de la grave affection mentale, sous forme des tics isolés, d'une légère apathie ou de l'exagération des réflexes tendineux. D'ailleurs, la fraîcheur et l'intégrité de la personnalité saine d'autrefois ne sont jamais entièrement récupérées. Même dans les cas les plus favorables, les sujets perdent un peu de leur valeur ou de leur situation sociale; le mécanicien d'autrefois s'établit simple serrurier, l'ancien



Fig. 196. — Démence paranoïque arrivée au stade final; démence apathique complète.

étudiant devient copiste. Il faut ajouter, en outre, qu'il y a toujours à craindre des rechutes dans l'avenir. Ainsi, une malade renvoyée il y a six ans comme « guérie » s'est plainte cet été, pendant plusieurs semaines, d'avoir des troubles sensoriels. On a eu l'occasion d'observer le retour des accidents de la démence précoce même après quinze ans de rétablissement.

Comme restant modérément affaiblis dans le stade final, Kraepelin indique la proportion de 17 p. 100 pour les deux premières formes de la démence précoce et de 13 p. 100 pour la forme catatonique. Dans la démence paranoïque,

les chances de rétablissement sont encore plus incertaines. Pour ces cas de démence faiblement accusée, on peut conseiller, selon la situation des familles, soit un séjour prolongé à l'asile, soit le retour à la maison. La grande majorité des malades finissent malheureusement par être complètement déments et ont besoin, comme la femme représentée par la figure 196, des soins dans un asile ; ce sont d'ailleurs les déments précoces qui constituent le contingent principal de toutes les maisons de santé.



Fig. 197. — Démence hébéphrénique arrivée à la démence finale ; tics et grimaces.

Chez certains malades, la démenceterminale ne se manifeste que par un affaiblissement des facultés affectives et de la volonté. Dans un autre groupe de cas, ce type se transforme en une agitation passagère, procédant par crises. Les malades deviennent tout à coup inabordables, dorment et mangent mal, brisent de temps en temps une vitre. Chez quelques-uns on trouve, à côté de l'affaiblissement profond des facultés, des troubles sensoriels persistants, des bribes d'idées délirantes, du négativisme, de la suggestibilité, des tics isolés. En présence de cet état final, on ne saurait conclure avec certitude à la nature des accidents qui l'ont précédé, de même que l'on ne peut, d'après l'examen seul de la démence terminale, se prononcer sur la marche antérieure qu'a suivie l'hébéphrénie, la catatonie ou la démence paranoïque.

Ainsi, la figure 197 montre une malade arrivée à la démence complète après une évolution à forme hébéphrénique. Elle grimace, se livre à toutes sortes de tics pour saluer ; ses réflexes patellaires sont exagérés ; au reste, elle est impassible ; elle s'occupe encore par moments de tra-

vaux manuels. Un autre malade, représenté par la figure 198, a commencé par la catatonie ; actuellement, c'est un dément complet ayant des mouvements stéréotypés. Il prend souvent des attitudes d'escrimeur ; il saisit entre ses dents le coin de son drap de lit, il grimace, siffle et reste des heures entières assis en frappant en mesure avec le poing



Fig. 198. — Démence catatonique arrivée à la phase terminale : démence complète avec mouvements stéréotypés.

sur les semelles de ses souliers comme avec un marteau; c'est, en outre, un gâteux intermittent.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel permettant de distinguer la démence précoce de la *folie intermittente* a une grande importance à cause des différences fondamentales dans la marche de ces deux psychoses, entre lesquelles il n'existe aucune forme intermédiaire. C'est, en

effet, à ces deux affections mentales qu'on doit songer la plupart du temps, lorsqu'on se trouve en présence d'un accès de tristesse anormale chez un adolescent ou un sujet jeune. De simples plaintes laissent supposer la dépression mélancolique, surtout quand il se produit en même temps des arrêts dans les fonctions psychomotrices; tandis que la mauvaise humeur qui se déclare au début de la démence précoce est motivée d'une manière absurde, revêt rapidement une apparence délirante et marche souvent de pair avec des troubles sensoriels. Les formes de stupeur qui se produisent d'un côté comme de l'autre se distinguent par l'arrêt psychomoteur qui, chez l'intermittent, entrave uniformément tous les mouvements, ce qui n'arrive pas dans la stupeur d'un dément précoce; en effet, le catatonique avec négativisme ou catalepsie reste longtemps sans réagir à l'ordre donné; puis, brusquement, il finit par exécuter le mouvement demandé. Le maniaque agité, indépendamment de la fuite d'idées qu'il présente, se distingue par la facilité avec laquelle on change le cours de ses idées; il associe facilement les idées et les actes, tandis que le catatonique agité présente plutôt de l'impulsivité dans sa manière de penser et d'agir, des transitions brusques, de l'inertie vis-à-vis des influences qui essaient de modifier la marche de ses idées, du négativisme, de l'automatisme passif, de la stéréotypie et des tics. L'état cœnesthétique gai peut, il est vrai, se produire dans les deux formes morbides. Mais le catatonique fait des jeux de mots lourds, des calembours stupides, bien moins amusants que les rimes humoristiques, les citations et les mots spirituels du maniaque. La différence la plus essentielle entre les deux états porte sur la manière d'exprimer les divers mouvements d'âme. Les émotions de l'intermittent s'expriment avec un naturel qui rappelle la manière d'être des sujets normaux éprouvant de la joie ou de la douleur. Au contraire, chez le malade qui commence une démence précoce, il existe dès le début une disproportion entre le fond de ses sentiments émotifs et le mode d'expression adopté par lui; par exemple, il se mettra à pleurer pendant des journées entières sans que son entourage puisse supposer un motif quelconque de sa tristesse, ou bien il exhalera, d'une mine souriante, des plaintes sur de soi-disant souffrances nullement justifiables.

La distinction entre la démence précoce et la *confusion*

mentale (*amentia*) doit se faire surtout à propos de l'agitation catatonique commençant d'une façon aiguë et s'accompagnant de troubles sensoriels. Les deux affections sont assez souvent désignées indifféremment sous le nom de *psychose hallucinatoire*, bien que rien ne vienne encore renseigner d'une façon certaine sur la marche et la terminaison du syndrome. Dans la confusion mentale, on peut démontrer l'existence d'une cause d'épuisement ; de plus, l'aperception et l'orientation sont en pareil cas gravement troublées et les sujets font de vains efforts pour voir clair dans leur état. Au contraire, les catatoniques, interrogés avec une insistance suffisante, montrent, malgré leur grande agitation, qu'ils sont généralement bien orientés dans leur milieu ; de plus, ils présentent souvent du négativisme et des tics.

La *mélancolie d'involution* ne peut être discutée qu'à propos de la forme paranoïde de la démence précoce, forme qui, comme nous l'avons indiqué, survient assez tardivement. Or, les symptômes décisifs qui militent en faveur de cette dernière sont : le négativisme, les attitudes maniérées, les tics, les troubles sensoriels ; tandis qu'un état cœnesthétique triste, accompagné d'une profonde inquiétude, indique plutôt une mélancolie d'involution.

Le diagnostic différentiel de la démence précoce doit se faire encore avec la *paralysie générale*. L'âge de prédilection des deux affections n'est pas un élément suffisant pour décider la question. Des symptômes catatoniques peuvent se produire aussi de temps en temps au cours de la paralysie générale, mais seulement à titre isolé ; tandis que les troubles somatiques qui surviennent quelquefois dans la démence précoce, tels que l'exagération des réflexes ou l'inégalité pupillaire, n'arrivent jamais à un haut degré de développement. L'affaiblissement de la mémoire est un argument en faveur de la paralysie générale. Mais souvent ce qui est décisif pour cette dernière affection, ce sont : le trouble caractéristique de la parole, les troubles pupillaires, l'exagération des réflexes rotuliens, le tremblement fibrillaire de la langue.

[Le diagnostic de la démence précoce avec la *paralysie générale* a une importance capitale. Les signes physiques guideront surtout dans ce diagnostic différentiel. Comme dit Joffroy, il n'y a pas de paralysie générale là où les signes physiques, comme l'affaiblissement musculaire, le

tremblement fibrillaire de la langue, l'embarras de la parole, les troubles pupillaires, parmi lesquels le signe d'Argyll-Robertson, sont totalement absents. Aujourd'hui, l'analyse histologique du liquide céphalo-rachidien vient lever tous les doutes. En effet, comme l'ont démontré les recherches de Widal, Joffroy et d'autres, le nombre des lymphocytes contenus dans ce liquide est augmenté dans la paralysie générale, tandis que, d'après Dupré, Nageotte, ces éléments sont rares dans le liquide céphalo-rachidien des déments précoces.]

Nous avons déjà mentionné les caractères qui permettent de différencier la *paranoia* de la démence paranoïque (Voy. ch. XVII).

L'*hystérie* peut avoir plus d'un point commun avec la démence précoce. Parfois l'apparition de cette dernière est précédée, et cela pendant des années, de symptômes de nature hystérique, surtout en ce qui concerne le caractère des malades; plus tard se joignent à ces signes hystériformes, et sans ligne de démarcation précise, du négativisme, des attitudes maniérées, des tics, de la stupeur, des conceptions délirantes. Une démence précoce débutant de cette façon ne se distingue en rien, par la suite, de la même affection qui a évolué sans antécédents hystériques. On ferait fausse route si l'on considérait ces cas comme étant une sorte d'hystérie grave ou bien comme une espèce de *démence hystérique*. Précisément, à la période finale de ces démences précoces, l'égoïsme qui caractérise l'hystérie a disparu et c'est la passivité qui constitue alors le trait fondamental de la personnalité psychique. Ensuite, même chez des sujets qui n'étaient pas hystériques auparavant, surtout dans les premières phases de la démence précoce, il survient quelquefois, à titre absolument passager, des accidents qui font penser à l'hystérie, particulièrement sous forme d'attaques convulsives, comme le rappelle la figure 188.

Des cas qui s'établissent d'une façon insidieuse et lente, comme cela arrive surtout pour la démence précoce simple, sont parfois difficiles à distinguer, et principalement au début, de la *neurasthénie*. Or, dans cette dernière affection se produisent, comme on sait, des bourdonnements d'oreilles, des plaintes et des accès de mauvaise humeur de toutes sortes. En tenant compte de l'indifférence croissante dans le domaine affectif, des attitudes maniérées,

des troubles sensoriels, on peut établir à coup sûr le diagnostic de la démence précoce. En outre, l'inefficacité d'une cure de rétablissement est un argument contre la neurasthénie d'épuisement.

L'excitation furieuse du catatonique peut quelquefois faire penser à l'*épilepsie* et à des *états crépusculaires de la conscience* d'origine comitiale. Cependant, même chez les catatoniques les plus agités, on constate encore généralement un certain degré de compréhension et d'orientation ; tandis que chez l'épileptique prédominent surtout : l'humeur coléreuse, la violence impulsive et la confusion mentale.

On confond souvent des états initiaux de la démence précoce simple, et même certaines formes terminales de cette affection, avec l'*idiotie* ou l'*imbécillité* congénitales. Un examen approfondi montre chez les déments précoces la persistance des traces de connaissances acquises autrefois ; il permet de retrouver aussi des indices de négativisme et de tics. Par contre, la faiblesse mentale innée de l'imbécile ou de l'idiot est confirmée par les renseignements. Il est vrai qu'il y a des cas où un individu congénitalement imbécile peut plus tard être atteint de la démence précoce qui le fera verser dans l'idiotie.

Anatomie pathologique. — Les recherches anatomopathologiques relatives à la démence précoce sont encore à leurs débuts. Pourtant, dans une série de cas qui se sont terminés par la mort pendant la période aiguë, on a pu établir l'existence d'importantes altérations histologiques (Alzheimer) ; on a constaté en particulier une prolifération abondante des cellules de la névroglie, une dégénérescence granuleuse des cellules ganglionnaires, la pénétration de cellules embryonnaires dans le corps des cellules nerveuses, comme le montrent les figures 5 et 6 de la planche XIX.

Pronostic. — Le pronostic relatif à la terminaison habituelle de la démence précoce est en principe défavorable. Il n'est pas toujours possible de pronostiquer le degré de la démence finale et de dire, pour chaque cas spécial, ce qui se passera au juste : le sujet sera-t-il complètement dément ? sera-t-il intellectuellement dégradé seulement à un degré léger ? ou pourra-t-il de nouveau reprendre son travail ? Kraepelin indique les points de repère suivants pour la constatation d'une démence finale

grave : une hébétude immobile avec apathie, malgré une certaine conservation de la faculté d'observation ; des conceptions délirantes absurdes ne s'accompagnant d'aucun mouvement émotif, d'aucune agitation ; des attitudes maniérées uniformes, durables; des mouvements stéréotypés sans agitation ; un état cœnesthétique déprimé de peu de durée, mais revenant à certains moments et, parfois, régulièrement périodique, sans agitation et entrecoupé d'intervalles de stupeur; disparition du négativisme ou de l'agitation sans la réapparition de l'activité intellectuelle et de l'intérêt pour les occupations d'avant l'affection. Tant que dure une forte agitation ou un vif négativisme, on peut espérer obtenir une amélioration importante. Quand des périodes de stupeur s'établissent d'une manière aiguë, quand l'affection commence subitement par une agitation hallucinatoire, on peut encore espérer des rémissions ou un arrêt de l'affection.

Étiologie. — Mucha a trouvé, dans 75 p. 100 des cas de démence précoce, une *tare héréditaire*. On observe souvent une hérédité similaire. Quelquefois, l'ascendant a pu ne pas être interné dans une maison de santé, et néanmoins il a présenté, durant toute sa vie, les traits caractéristiques de la démence précoce, notamment : l'absence d'intérêt pour quoi que ce soit, le manque complet d'initiative, les tics, un caractère récalcitrant, une affectation ridicule dans les gestes ou les paroles.

De même, il n'est pas rare que la démence sénile et la mélancolie d'involution se soient observées chez les ascendants. Souvent les renseignements sur la famille indiquent chez plusieurs membres une disposition intellectuelle particulièrement bonne; chez d'autres, des facultés insuffisantes, et chez quelques-uns de l'imbécillité très caractérisée. Beaucoup de déments précoces, et surtout les futurs paranoïques, passaient déjà dans leur enfance pour des êtres bizarres, taquins, indolents, dévots. Une malade qui avait toujours passé pour une exaltée se fit remarquer à l'âge de trente ans parce qu'elle se croyait aimée par le fils d'un professeur qu'elle ne connaissait que de nom. Jusqu'à l'âge de cinquante ans, elle fut à la tête d'une grande maison de commerce où elle fit de plus en plus de mauvaises affaires. Finalement, il fallut la mettre dans un asile ; elle présentait des idées de persécution évoluant sur le terrain d'une démence précoce

typique. Kraepelin a constaté que dans 10 p. 100 des cas les sujets observés par lui avaient eu, antérieurement à la démence précoce, de graves affections aiguës, dont la méningite. Von Muralt a décrit des démences catatoniques survenues à la suite de traumatismes craniens. Parmi les hommes traités par Kraepelin, 6 p. 100 furent atteints d'une manière aiguë pendant leur détention en prison; parmi les femmes catatoniques observées par le même auteur, 24 p. 100 furent frappées au cours d'une grossesse ou pendant l'accouchement. Nous avons déjà mentionné les rapports qui existent entre la démence précoce et la puberté. L'opinion de Tschich, d'après laquelle une longue abstinence sexuelle serait un facteur causal de la démence précoce, ne paraît pas fondée. Nous ne nous trompons sans doute pas en attribuant en pareil cas aux traumatismes, aux intoxications, à la puerpéralité, aux affections somatiques aiguës, une importance de causes simplement déterminantes, qu'on retrouve dans la production de certains accès de la folie intermittente.

Quant à la base *pathogénique* de la démence précoce, on ne peut qu'émettre des hypothèses. Ainsi Binswanger, [Christian] classent la démence catatonique parmi les *psychoses par épuisement*. Pourtant, nous l'observons assez souvent dans des cas où, pendant le cours de la vie, toute cause d'épuisement et tout surmenage doivent être sûrement écartés. Kraepelin, Mucha et d'autres admettent, à l'origine de la démence précoce, un trouble dans les échanges organiques, une *auto-intoxication*, ce qui paraîtrait confirmé par les constatations anatomo-pathologiques faites dans l'écorce cérébrale, qui, en effet, font penser à des altérations d'ordre toxique. Il y a lieu d'espérer que l'intérêt croissant que l'on prend à l'étude de la démence précoce, qui, dans certains asiles, constitue un sixième ou un quart du contingent de la population des aliénés, étendra bientôt nos connaissances sur la nature de cette affection.

Traitement. — Dans les premières périodes de la démence précoce, la surveillance est indispensable. On devrait surtout ne pas hésiter trop longtemps à faire entrer le malade dans une maison de santé ou dans un asile, puisque, même dans le cas de légère dépression avec incapacité au travail, il peut se produire tout à coup de violents accès d'agitation ou des tentatives de suicide.

Dans l'établissement où sera placé le malade, on doit, avant tout, combattre les divers symptômes : l'agitation, l'insomnie, le refus de nourriture. L'alitement et la balnéothérapie sont souvent indiqués. Dans le cas d'agitation peu bruyante, on fera bien quelquefois de traiter le sujet par des enveloppements dans le drap mouillé. L'alitement est particulièrement nécessaire dans les cas de stupeur. Quand, dans les formes débutant d'une manière aiguë, les principaux symptômes tendent à disparaître, il ne faut pas hésiter à essayer d'occuper le malade ou même à le laisser partir de l'asile, pourvu que ce soit pour entrer dans un milieu familial approprié. Il semble que si, en pareil cas, on prolongeait trop longtemps le repos au lit, on conduirait le sujet à la démence plus tôt que si l'on essaie encore à temps de l'occuper à un travail régulier. Naturellement, une fois le malade hors de l'asile, il y a lieu d'exercer sur lui une surveillance. Les femmes, en particulier, son exposées à devenir enceintes. Il faut, en outre, pourvoir pour certains malades à des moyens de travail pour assurer leur existence. Pour les déments précoces dont l'affaiblissement est peu accusé, la *colonie agricole* constitue le placement le plus approprié.

Médecine légale. — Bien des délits de nature diverse sont possibles, et cela surtout chez les hébéphréniques e les déments peu profonds. Il n'est pas rare de rencontrer de ces malades parmi les vagabonds. Il est à noter que les personnes peu initiées à la connaissance de la démence précoce croient parfois que les actes impulsifs et bizarres, ainsi que les attitudes maniérées accompagnées d'une conservation relative des facultés intellectuelles, ne sont autre chose que de la simulation.

L'interdiction pour cause de démence précoce mentale est souvent prononcée. Il peut quelquefois survenir une rémission telle que la capacité au travail revient et qu'il est nécessaire de lever l'interdiction, même dans des cas où l'aliéniste peut encore prouver qu'il y a des traces de la démence précoce.

Latah. Myriachit.

On appelle *latah* dans les Indes hollandaises une affection mentale héréditaire dans laquelle les malades se livrent, contre leur volonté, à des mouvements, ou bien

émettent des sons et des mots incohérents. On y trouve de la coprolalie, de l'échopraxie, de l'écholalie, de la paraphrasie. Cette affection rappelle certaines formes de la démence précoce et aussi les états obsédants et impulsifs des dégénérés. [Elle rappelle aussi certaines variétés de la *maladie des tics* décrite, entre autres, par Gilles de la Tourette, et connue dans diverses contrées de la Russie orientale sous le nom de *myriachit*.]

XIX. — PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

[Arachnitis chronique et méningite chronique (Bayle). — Paralysie générale des aliénés ou périencéphaloméningite chronique diffuse (Calmeil). — Folie paralytique (Parchappe). — Paralysie générale progressive (Requin, Lunier, Sandras). — Ataxie psychomotrice (Lunier). — Démence paralytique (Baillarger). — Encéphalite chronique interstitielle diffuse (Magnan).]

Dès l'année 1798, Haslam signalait ce fait [entrevu déjà en 1681 par Willis] que, dans beaucoup de cas de manie, les malades meurent à la suite d'une hémiplégie ou d'une apoplexie.

[De 1814 à 1820, Esquirol, Royer-Collard, Georget considéraient les principaux signes de la paralysie générale comme une complication de la folie. Bayle, en 1822, et Calmeil, en 1826, ont nettement isolé et décrit la paralysie générale comme une entité morbide ayant ses symptômes, son évolution et ses altérations anatomiques propres. Le premier travail de Bayle a été publié en 1822 sous la forme d'une thèse intitulée : *Sur l'arachnitis chronique*. En 1826, cet auteur est revenu sur la paralysie générale dans son *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. La même année, Calmeil a publié son mémoire sur *la Paralysie considérée chez les aliénés*.]

A partir de 1867, on rompit universellement avec l'opinion que des complications sous forme de paralysie avec issue mortelle peuvent s'ajouter aux manies ou aux mélancolies et l'on s'accorda à admettre une affection unique sous le nom de « paralysie générale progressive des aliénés », dont les synonymes sont : *paralysie générale progressive, démence paralytique progressive, folie paralytique générale des aliénés*. L'expression vulgaire de « ramollissement du cerveau » est inexacte, puisque le cerveau a ici

plutôt une tendance à la sclérose. Il s'agit d'une affection qui s'établit principalement à l'âge moyen de la vie, et qui, passant par de multiples phénomènes d'excitation et de paralysie, se termine par un affaiblissement mental spécial [*total*], une profonde démence, par une déchéance physique progressive et, au bout de quelques années, par la mort. L'examen anatomique démontre une suite d'altérations localisées principalement dans le système nerveux central et dans ses enveloppes. Dans nos établissements pour aliénés, il y a de 10 à 15 p. 100 des malades atteints de paralysie générale.

SYMPTOMATOLOGIE

A. — Symptômes psychiques.

Les facultés de l'attention, de la compréhension, du jugement et de la volonté sont diminuées souvent dès les premières périodes de la paralysie générale, quoique les malades perçoivent souvent pendant longtemps des excitations extérieures et comprennent les questions qu'on leur pose. Il arrive que le sujet ne reconnaît pas les personnes de son entourage. Parfois même il ne retrouve pas sa propre maison devant laquelle il stationne. Les *troubles sensoriels* n'existent, d'après Kaes, que chez 35,5 p. 100 des paralytiques ; ils présentent rarement une grande intensité. Tous les sens peuvent être en jeu. Les sensations venant des organes en forment fréquemment la base ; le malade croit sentir dans la tête des commotions électriques ou des picotements sur la figure ; il entend ses enfants crier ; il prend un globe de lampe pour une tête qui lui parle. Une paralytique générale, au début, aperçut le diable sous la forme d'un bouc debout sur ses pattes de derrière, qui lui parlait. Une autre voyait partout des pierres sépulcrales dressées devant elle. Un malade disait qu'on parlait à l'intérieur de son corps ; son cou se mettait à l'appeler « voleur ». Certains se croient mouillés (*hallucinations hygriques*), sans doute par suite d'un trouble dans la sphère des sensations thermiques.

La faculté d'association est affaiblie ; on constate une tendance à des associations par assonance. Il y a surtout des lacunes de la *mémoire*. Les oublis constituent un symptôme initial de premier ordre. Ce sont les événe-

ments les plus récents qui se gravent mal dans l'esprit des malades ; la faculté d'observation est fortement diminuée. Souvent le sujet ne sait plus s'il a déjà déjeuné ou s'il a encore des enfants. Dans des opérations compliquées de la pensée, l'*affaiblissement de l'intelligence*, le *manque de jugement* et le *trouble de la mémoire* se manifestent très nettement. La *faculté d'orientation*, surtout au point de vue du temps, est altérée de bonne heure. Certains malades, qui gardent encore dans une période avancée une tenue extérieure passable et qui se tirent d'affaire dans une conversation banale, restent cois dès qu'il leur faut faire un effort sérieux de réflexion. L'attention active ou l'*aperception* s'affaiblit très vite ; ils ne peuvent plus suivre un développement un peu long ; ils ne saisissent plus les objections. Le malade n'ajoute plus rien de nouveau à ce qu'il a appris. Il ne tarde pas à faire des fautes de calcul ; il éprouve aussi une grande difficulté à calculer avec des quantités concrètes, comme de compter avec des pièces de monnaie.

[La *fatigue de l'attention*, résultant d'un épuisement cérébral rapide, les *troubles de la mémoire*, surtout pour les faits récents, l'*altération des facultés d'observation, de réflexion, de critique*, la *diminution* ou la *déviation de la faculté d'association des idées*, tous ces symptômes créent, dans leur ensemble, un affaiblissement psychique généralisé, progressif, *total*, une véritable *démence*, au sens psychiatrique de ce terme.]

Les *idées délirantes* qui surviennent souvent révèlent également un profond affaiblissement intellectuel. Tandis que le paranoïque édifie son système délirant avec une logique à la rigueur soutenable et essaie de réfuter les objections, le paralytique général n'émet presque toujours que des idées *absurdes*, *niaises*, *invraisemblables*, changeant au gré de toutes les influences : il possède des femmes en or ; sa fortune se monte à cinq cent mille millions de francs ; il distribue en cadeaux des milliards ; il parle avec Dieu sur le Sinaï. Une femme s'intitulait « conseiller intime de gymnastique médicale, docteur et roi d'Allemagne ». Le malade ne saisit pas le côté absurde et contradictoire de ses propos : une femme racontait qu'elle était la fille de l'ange Gabriel, qu'elle était fiancée à un généralissime nommé Marx et qu'elle dirigeait un grand commerce de cafés. Le paralytique général se

prête volontiers à tous les interrogatoires : un journaliste, qui voulait écrire une comédie et ouvrir un bureau de tabac, déclarait qu'il vendrait aussi des livres, des harengs et des brodequins. Parfois, on constate que les idées délirantes sont provoquées par des impressions organiques motivées : ainsi, chez un sujet qui prétendait qu'il y avait dans son ventre des gens qui le menaçaient, l'autopsie fit découvrir un cancer de l'estomac.

Le fond des idées délirantes, quelque variées qu'elles soient, correspond, en général, à l'état cœnesthétique du moment ; la plupart du temps, ce sont des *idées de grandeur* en rapport avec l'euphorie du malade. Ces idées sont souvent exprimées avec abondance ; parfois, elles sont seulement indiquées, d'une façon d'ailleurs absurde : un sujet déclare avoir des « caleçons qui sont fiers » ; il se dit « malicieux comme des pommes de terre » ; il se vante de « pouvoir travailler depuis quatre heures du matin jusqu'à neuf heures du soir ». Les *idées hypocondriaques* et *mélancoliques* du paralytique révèlent également sa profonde faiblesse intellectuelle : dans son manger, le malade voit de petites têtes ; il est devenu plus petit de trois quarts de pied ; son cerveau est cuit ; les Indiens l'ont fusillé. Parfois des *idées de grandeur* et des *idées de persécution* s'entremêlent : le sujet se plaint qu'on lui a volé pour 400 000 francs de brillants. Il est rare que les malades tirent des conséquences logiques ou paralogiques de leurs idées délirantes : un fonctionnaire de la justice qui prétendait être empereur était indigné quand on lui donnait son véritable titre et finissait par dire : « Eh bien ! appelez-moi au moins docteur. »

Ce n'est qu'exceptionnellement que les idées délirantes persistent et se maintiennent telles quelles. Le plus souvent, elles sont très *mobiles*. On a vu un sujet présentant des symptômes somatiques évidents de paralysie générale raconter pendant toute une année qu'il était à la fois le Seigneur de la terre, le plus sublime astronome, le prince de Prusse, l'archiprince de l'Europe, domestique de son métier, empereur de l'univers, le dernier des scribes, marchand de beurre, espion et bourreau du monde ; il rassemblait ses peuples pour marcher contre les Français qui voulaient lui nuire à travers les nerfs de la terre ; il déclarait que les plus hautes forteresses étaient la joie de son cœur et, quand il les avait remarquées dans les autres

sphères célestes, elles avaient l'air de graines de pavot; il accusait toutes les femmes d'être des sorcières; au milieu de toutes ces absurdités, il manifestait des idées de persécution ; une jeune fille, disait-il, avec laquelle il avait toujours refusé d'avoir des relations, prétendait être enceinte de ses œuvres.

Les malades se trouvent presque toujours dans un état de légère excitation. Le plus souvent on observe de l'*euphorie*, avec un sentiment de gaîté rayonnante qui se traduit aussi dans les idées de grandeur. D'autres fois, au contraire, l'humeur est profondément triste, jusqu'à pousser le malade au suicide. Les *tentatives de suicide* portent souvent l'empreinte de l'affaiblissement intellectuel; ainsi, un paralytique se tira un coup de pistolet au milieu de la main. On observe des crises soudaines d'inquiétude et d'anxiété. Souvent aussi, les sujets sont taciturnes, irrités, agacés, emportés, portés à la colère. Malgré cela, ils restent dociles et maniables même dans leurs accès de mauvaise humeur. Une malade, qui se plaignait avec emportement de ce qu'on lui avait bruni la peau des mains au moyen de miroirs réflecteurs, redevint subitement aimable quand on lui fit apporter une tartine.

Sont atteints de bonne heure et gravement les sentiments complexes qui supposent un jugement délicat, tels que les sentiments *éthiques* et *esthétiques*. Parmi les symptômes initiaux, il faut noter les propos inconvenants et grossiers, la négligence de la tenue (braguettes ouvertes) en société [cela chez des sujets jusqu'alors d'une conduite et de manières irréprochables].

Une *agitation psychomotrice* se manifeste assez souvent dès les premières phases de l'affection. Les malades sont affairés, ils ont partout quelque chose à faire, se mettent en voyage, font des projets, des achats coûteux et absurdes; à cet égard, ils deviennent, par leur dissipation, dangereux pour eux-mêmes et pour leur famille. Quand l'affection est à son apogée, il se produit une légère inquiétude qui peut s'élever jusqu'à de graves états d'excitation, avec des actes de violence, la tendance à la destruction, des tentatives d'évasion organisées d'ailleurs d'une façon absurde. Quelquefois, à côté de l'agitation motrice on observe aussi un besoin de parler qui rappelle les états maniaques. Voici un exemple de discours d'un paralytique excité : « J'ai quelque chose sur le cœur ; asseyez-vous là ; j'étais donc

en France et l'empereur Guillaume était mon père. Je m'appelle Gustave X de France. Dieu était sur le mont Sinaï, et il m'a dit : Dieu s'est trompé. Cent mille hommes m'ont arrêté... et Noé a construit l'arche... »

Le phénomène de la fuite d'idées est ici évident ; il coexiste avec le délire des grandeurs et la démence. Voici un autre exemple qui rappelle presque la verbigération avec stéréotypie : « Je vais, je vais lui donner à elle mille quatrillions ; j'ai fait une prière, à faire pousser les dents, pousser, pousser, pousser, pousser; je mange, je me bourre, je me bourre, vous êtes un ours, un ours académique, un ours académique. Sors donc ici, ici, mille quatrillions de fois, et éternellement et éternellement et éternellement ; viens donc cochon, cochon, ah ! viens, je te mangerai encore, pour que mon ventre devienne plein, plein de laurier. »

Dans les périodes avancées de la paralysie générale, on observe également un besoin impulsif de mouvement : les malades s'enroulent dans leurs draps de lit, déchirent les couvertures, parlent tout seuls, ou crient à tort et à travers. D'autre part, il se produit, dans les formes dépressives, des états rappelant la *stupeur*, dans lesquels les sujets restent assis, sans parler des jours entiers, réagissant peu aux excitations extérieures ; il faut alors déployer beaucoup d'énergie pour les astreindre, par exemple, à manger. On observe en même temps une altération de la conscience avec de la somnolence. Les paralytiques généraux, surtout les déments paralytiques, présentent quelquefois des *symptômes catatoniques*.

[L'évolution des symptômes psychiques de la paralysie générale se prête à une division, adoptée généralement par tous les auteurs, en trois périodes : 1° de début ; 2° d'état ; 3° terminale. Nous avons suffisamment insisté sur les *troubles de l'attention et de la mémoire* de la *période du début*. A cette même période se rattachent d'importantes *modifications du caractère* : oubli des convenances et des règles les plus élémentaires de la politesse, contrairement aux habitudes antérieures ; prodigalité là où il y avait esprit d'économie; avarice là où existait plutôt une tendance à la générosité ; irascibilité inaccoutumée ; désaccord de plus en plus grand entre les actes, par exemple colère pour une futilité et patience singulière pour des faits de haute gravité. L'*inhibition volontaire* s'affaiblit

également à cette période. Le sujet se laisse aller à des actes instinctifs, ne sachant plus résister à ses divers penchants : débauche, ivrognerie, délits. Aussi, a-t-on pu appeler, à juste titre, cette première période la *phase médico-légale* de la paralysie générale. L'individualité psychique du sujet subit une modification complète, et le sens moral, les sentiments de pudeur se perdent chez des malades qui, jusqu'alors, avaient une conduite et une tenue irréprochables.

A la période d'état, la démence devient évidente pour tout le monde. L'amnésie s'étend sur les faits anciens. Tous les actes deviennent niais et absurdes. L'attitude est inerte, indifférente. Les propos, quelle que soit leur nature, triste ou gaie, mégalomaniaque, mélancolique, hypocondriaque, qu'ils soient ou non accompagnés d'hallucinations, sont, comme l'a résumé J. Falret, *multiples*, *mobiles*, *absurdes* et *contradictoires*.

Enfin, à la période terminale, le paralytique général *tombe en enfance*, jusqu'à oublier son propre nom. Toute vie psychique cesse. Le cerveau est anéanti. Seuls le bulbe et la moelle continuent à fonctionner automatiquement.]

B. — **Symptômes physiques.**

Troubles de la sensibilité. — Dans un certain nombre de cas (de 5 à 10 p. 100) on observe l'*atrophie du nerf optique* avec diminution de l'acuité visuelle qui peut aller jusqu'à une *amaurose* complète; cela, déjà quelquefois avant l'éclosion des troubles psychiques. La *rétinite* peut se produire, ainsi que le *scotome central*. Après certains ictus peut survenir la *cécité psychique* ou bien l'*hémianopsie*.

Parmi les symptômes les plus fréquents, il faut citer les *troubles pupillaires*. Une *absence complète du réflexe pupillaire à la lumière*, c'est-à-dire le *signe d'Argyll-Robertson* confirme l'existence de la paralysie générale ou du tabes. G. Wolff attribue ce signe à une dégénérescence des cordons de Goll, au niveau de la partie supérieure du renflement cervical de la moelle. Toujours est-il que l'absence du réflexe lumineux n'existe que chez les deux cinquièmes environ de tous les paralytiques généraux (43,3 p. 100). Ce symptôme se manifeste parfois déjà dix ans avant l'apparition de tout autre accident. Souvent, on constate une simple paresse de la réaction lumineuse (35,5 p. 100). Dans

des cas rares, le réflexe accommodateur est également aboli. Quelquefois, on trouve une *réaction paradoxale*, notamment une dilatation des pupilles survenant sous l'influence de la lumière. Fréquemment, il y a *myose* ou *mydriase* très frappantes; plus souvent encore on constate une *inégalité pupillaire* (57,6 p. 100). Quelquefois il existe des oscillations durables du diamètre des pupilles, ou encore une *mydriase intermittente* dans laquelle tantôt l'une, tantôt l'autre des pupilles est considérablement dilatée. Parfois, on observe des oscillations accidentelles du globe oculaire ou du *nystagmus intermittent*. Le *ptosis* ou bien une inégalité des fentes palpébrales ne sont pas rares. On constate aussi des troubles de la musculature externe de l'œil et du véritable *nystagmus*. La figure 199



Fig. 199. — Paralysie générale. Inégalité pupillaire.

montre une inégalité pupillaire chez un paralytique général. La figure 200 indique l'état des pupilles normales

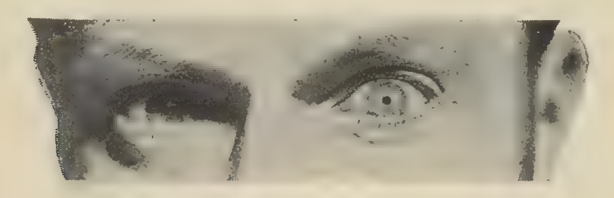


Fig. 200. — Réflexe des pupilles normales sous l'influence d'un vif éclairage.

soumises à l'influence d'un fort éclairage. La figure 201 montre les pupilles normales faiblement éclairées. La figure 202 indique l'immobilité des pupilles d'un paraly-

tique général soumises à l'action d'un fort éclairage. La



Fig. 201. — Réflexe des pupilles normales sous l'action d'un éclairage faible.

figure 203 présente le même phénomène obtenu par un éclairage faible.



Fig. 202. — Paralysie générale. Absence du réflexe pupillaire sous l'influence d'un fort éclairage.

Dans certains cas, surtout vers la période terminale, on observe des troubles des *sensibilités gustative, olfac-*

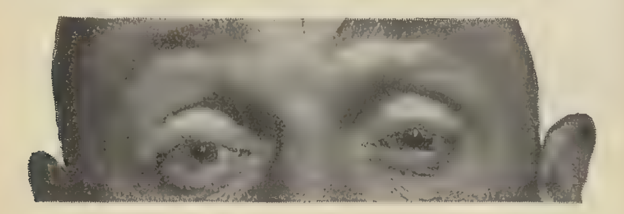


Fig. 203. — Paralysie générale. Absence du réflexe pupillaire sous l'action d'un éclairage faible.

tive et *auditive*. En ce qui concerne l'*ouïe*, ce ne sont quelquefois que les sons élevés qui seuls ne sont plus perçus. On a même observé aussi, à l'aide du diapason, une alté-

ration dans la transmission des sons à travers les os.

La *sensibilité cutanée* est souvent atteinte. Ce sont des névralgies, des hyperesthésies. Parmi les symptômes apparaissant de bonne heure on constate souvent le prurit. On trouve fréquemment aussi la diminution ou la suppression de la sensibilité à la douleur, de l'hypoalgésie, de l'analgésie. L'insensibilité à la pression ou au choc du nerf cubital au niveau du coude constituerait un des symptômes initiaux de la paralysie générale dit *signe de Biernacki*. Il est vrai que ce phénomène se trouve aussi chez des gens qui ne sont pas paralytiques généraux. Les réflexes cutanés sont parfois abolis.

Troubles de la motilité. — Très souvent on observe une parésie unilatérale du facial, donnant lieu à une *asymétrie de la face*; on constate un effacement d'un des plis nasolabiaux. Il est rare que la parésie affecte la branche supérieure du facial. Mais, en pareil cas, on doit toujours s'assurer que l'on n'est pas en présence d'une asymétrie faciale congénitale ou acquise par une longue habitude. Parfois, des *spasmes* se produisent dans les divers muscles de la face, notamment autour de la bouche. Souvent l'*expression de la physionomie* frappe par le relâchement des traits ou bien par une tension trop accusée des muscles, de sorte que le visage, figé, produit l'impression d'une impassibilité froide d'un masque. Parfois on observe de la *paramimie*, c'est-à-dire que, dans une émotion triste, le visage prend une expression de gaîté et réciproquement. Quelques sujets ont un rire forcé. Il n'est pas rare de constater chez quelques-uns un *grincement des dents* continuel.

La *langue*, tirée au dehors, est fréquemment déviée; elle est animée d'un *tremblement en masse* ; [quelquefois elle exécute des *mouvements saccadés* ou bien présente sur ses bords et à la pointe des *ondulations vermiculaires*]. Parfois, la luette est déviée, particulièrement après des ictus. Le *voile du palais* est quelquefois affaibli et asymétrique. Ce qui est particulièrement défavorable, c'est l'apparition, dans les périodes avancées, de l'affaiblissement des muscles de la déglutition. Le *réflexe pharyngien* disparaît souvent de très bonne heure.

La *tête* est souvent penchée fortement en avant. Les *extrémités supérieures* perdent de leur force à tel point que le dynamomètre, dès les premières phases de l'affection, accuse une réduction d'un tiers de la force nor-

male. La *coordination motrice* est altérée dans le cours de la paralysie générale. Il peut se produire de l'*ataxie* et des *tremblements intentionnels*. De bonne heure se manifeste un *tremblement* plus ou moins intense, facilement constatable aux doigts étendus et écartés. On a vu des *mouvements choréiques et athétosiques*, survenant à la suite d'ictus.

La *marche* se fait la plupart du temps avec les jambes écartées ; elle est spastique ou paréto-spastique, plus rarement (dans un tiers des cas) ataxique. Souvent les *contractions spasmodiques* se montrent d'abord dans les mouvements passifs. Ce sont précisément les mouvements délicats de coordination qui trahissent de très bonne heure les troubles moteurs, par exemple les actes d'enfiler une aiguille, de manger, de monter les escaliers, de manier des instruments, de danser, de jouer du piano, de jouer au tennis.

L'atrophie musculaire et, surtout, la réaction de dégénérescence ne s'observent qu'exceptionnellement, et cela à l'apogée de la paralysie générale. Il est vrai que, dans les périodes ultimes de cette affection, la *musculature* est presque toujours gravement altérée et qu'il se forme alors des contractures très accusées.

Les *réflexes tendineux* sont exagérés, dans la grande majorité des cas. Assez souvent on constate aussi du *clonus* du pied. Parfois, les réflexes sont inégaux dans les deux moitiés du corps. Dans 15 p. 100 des cas le réflexe rotulien fait défaut (signe de Westphal). Le signe de Romberg est rare, même dans la forme tabétique de la paralysie générale.

Troubles de la parole et de l'écriture. — On observe chez les paralytiques généraux un trouble complexe de la parole, à la fois *aphasique* et *dysarthrique*. A côté des diverses formes de l'aphasie corticale, nous pouvons trouver chez eux de la *paraphrasie*, de l'*articulation indistincte*, embrouillée, de la *dysarthrie*, de la difficulté à prononcer les premières consonnes d'un mot (*parole hésitante*), de la *parole scandée* et particulièrement souvent de l'*achoppement des syllabes*. Outre l'omission de syllabes, on observe le redoublement de syllabes, jusqu'à produire une sorte de bégayement de la même syllabe, une véritable *logoclonie*. On trouve aussi parfois un trouble *bulbaire* de la parole ou de la prononciation nasale tenant à la parésie

du palais. La voix perd souvent son timbre. La voix chantante disparaît de bonne heure. La parole a un timbre enroué, monotone, parfois chevrotant ou nasillard.

Assez souvent on constate, chez le paralytique général qui parle, de forts mouvements synchroniques de toute la musculature de la face, comme cela se voit nettement chez le malade représenté par la figure 204.

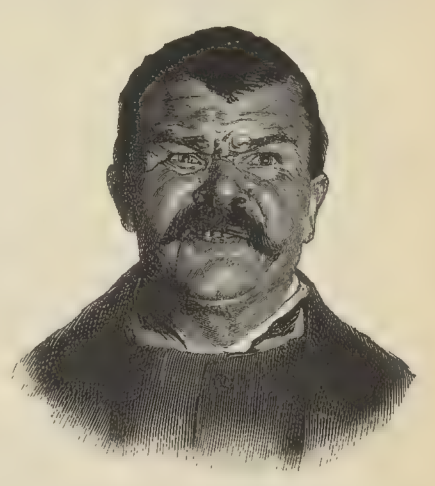


Fig. 204. — Paralysie générale avec l'articulation scandée. Mouvements synchroniques des muscles du visage.

L'*écriture* perd rapidement ses caractères habituels. Elle a des traits incertains, chevauchants. Quand le sujet appuie plus fortement la plume, l'écriture devient fuyante, malpropre, et révèle l'affaiblissement intellectuel par de nombreuses omissions, des redoublements de lettres ou de mots et aussi par la paragraphie. Les figures 205, 206 et 207 reproduisent l'écriture de paralytiques généraux aux diverses phases de l'affection.

Organes internes. — Le *pouls* est assez souvent accéléré et irrégulier. Les *artères* sont fréquemment scléreuses. Dans certains cas on trouve des hémorragies sous-cutanées. Le *sang* est pauvre en hémoglobine. Le sérum sanguin n'a pas l'action bactéricide normale, notamment sur le staphylocoque pyogène doré.

La *constipation* aussi bien que la *diarrhée* s'observent parfois. L'hypochlorhydrie gastrique est la règle ; quelquefois il survient des vomissements. Beaucoup de sujets présentent une véritable polyphagie ; d'autres, au contraire, refusent la nourriture. L'état de la nutrition générale varie : dans les périodes d'excitation le poids diminue rapidement jusqu'à 1 kilogramme ou 1^{kg},5 par jour. Les

figures 224, 225, 226 et 227 présentent des paralytiques géné-

Fig. 205. — Écriture de paralytique général à la première période (d'après Marcé).

Fig. 206. — Écriture de paralytique général à la période d'état (d'après Marcé).

raux arrivés à un profond degré d'amaigrissement. A la pé-

riode d'état et vers la fin de l'affection, il survient souvent un engraissement énorme, ainsi que le montre la figure 228. On observe parfois un météorisme très accentué dû à la paralysie intestinale. La figure 208 en est un exemple.

La *température* présente souvent des oscillations : sans aucune cause apparente, la *fièvre* survient, qui, dans les ictus, peut monter jusqu'à 41°. Vers la fin de la vie, la température peut descendre au-dessous de 30°.

Fig. 207. — Écriture de paralytique général à la période terminale (d'après Marcé).

On a constaté à plusieurs reprises une albuminurie intermittente, de même qu'une association d'albuminurie avec de la glycosurie. La dysurie, l'énurésie et l'ischurie paradoxale peuvent survenir de bonne heure. Parfois, le malade est même menacé d'une rupture de la vessie par rétention d'urine, tandis que, dans les périodes ultérieures, il survient assez régulièrement une incontinence d'urine et des selles. L'appétit sexuel peut être augmenté, et le malade est capable d'engendrer des enfants. Cependant, la plupart du temps, la puissance génitale est diminuée. Chez la femme, il se produit de l'aménorrhée.

Il faut noter encore les *troubles trophiques* : grison-



Fig. 208. — Paralysie générale à la période d'état. — Météorisme abdominal.

nement des cheveux et *calvitie* précoces, perte des dents, *fragilité extrême des os*. Ce dernier trouble trophique se constate quelquefois même dans le lit; d'autres fois il se manifeste à l'occasion d'un effort que le malade fait pour se lever.

Souvent on trouve chez des paralytiques généraux des *arthropathies* typiques comme dans le tabes. Le *mal perforant* n'est pas rare non plus. Des *épanchements sanguins* dus à des lésions traumatiques peuvent se former au niveau du périchondre des oreilles (*hématome auriculaire*), du nez (*hématome nasal*), des côtes (*hématome costal*). La résorption de ces collections sanguines se fait avec une lenteur extrême et il reste toujours à leur suite des cicatrices cutanées (Voy. pl. II, fig. 1, 3, 4).

La *peau* subit des altérations diverses. Elle présente quelquefois une coloration anormale et parfois elle est d'un brillant nacré. Le *dermographisme* existe dans 40 p. 100 environ des cas. Les régions exposées à une pression, comme celles du sacrum et des talons, s'ulcèrent facilement, surtout quand elles sont insuffisamment soignées; elles deviennent le siège d'escarres. Dans les cas défavorables, l'escarre peut, dans l'espace d'une nuit, pénétrer jusqu'au périoste. C'est le *decubitus acutus* exposant à une *septicémie* à laquelle succombaient autrefois au moins 10 p. 100 des paralytiques généraux. Néanmoins, on trouve aussi dans certains cas des escarres, même au niveau des régions qui ne sont exposées à aucune pression, comme c'est le cas du paralytique dont la main, représentée par la figure 209, était porteur d'une escarre; en pareil cas, la prophylaxie ou la thérapeutique ne peuvent rien. On peut trouver aussi d'autres altérations de la peau, comme le pemphigus, ce qui peut s'expliquer par la vulnérabilité cutanée spéciale du paralytique général [et les *œdèmes fugaces*].

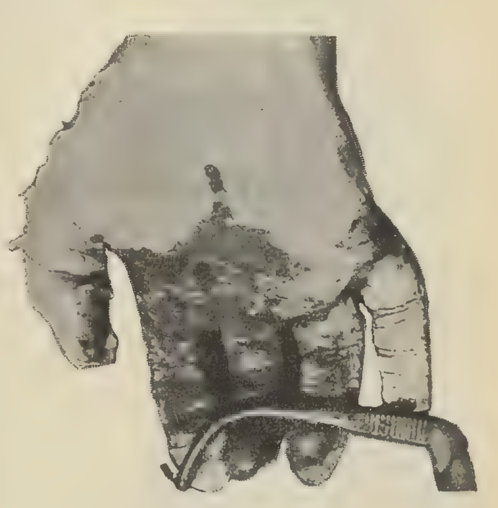


Fig. 209. — Escarre de la main dans un cas de paralysie générale.

Ictus. — Dans toutes les variétés de la paralysie générale peuvent survenir des *ictus apoplectiformes ou épileptiformes* dans la proportion de 36 à 60 p. 100 des cas. Ces ictus surviennent parfois à titre de symptômes initiaux, plus fréquemment à la période d'état, souvent aussi peu de temps avant la mort. Ils s'accompagnent de troubles

de la conscience et de graves symptômes corticaux. Un ictus peut être provoqué par une crise d'excitation, mais aussi par un désordre somatique provenant d'une constipation ou d'une rétention d'urine dans la vessie. La plupart du temps, cependant, l'ictus résulte d'un processus purement central. La conscience est abolie. La température est souvent au-dessus de la normale ; quelquefois il existe une hyperpyrexie très accusée. Le pouls est souvent dicrote. Une légère asphyxie survient. Les selles et l'urine s'échappent. Les ictus *apoplectiformes* laissent ordinairement à leur suite une paralysie ou une parésie à forme hémiplégique. D'autres accidents, comme des troubles de la parole ou de la vue, peuvent se déclarer à la suite de l'ictus. De temps en temps se produisent des convulsions cloniques ou toniques qui passent d'un groupe de muscles à un autre. Il reste souvent, à la suite des ictus, des monoplégies, comme le montre la figure 210, des hémiplégies, des troubles sensoriels et des troubles durables de la sensibilité. Les ictus durent de plusieurs minutes à plusieurs heures et peuvent se répéter. On a pu compter des douzaines d'ictus en un seul jour. Dans les ictus graves, les réflexes sont abolis.



Fig. 210. — Paralysie générale. — Monoplégie brachiale gauche consécutive à un ictus apoplectiforme.

Fréquemment, on voit se produire des ictus *épileptiformes*, dans lesquels le sujet tombe à terre sans connaissance avec des convulsions. Ici encore peuvent se déve-

lopper plus tard des symptômes hémiplégiques. La figure 211 montre un paralytique général sorti d'un ictus épileptiforme avec une parésie faciale gauche. Les ictus sont souvent annoncés par des vertiges, des défaillances, une confusion mentale passagère, de l'agitation, de l'inquiétude et de la prostration. Il n'est pas rare qu'un ictus grave entraîne la mort. On pourrait peut-être aussi ranger au nombre des ictus plus légers les migraines dont souffrent beaucoup de paralytiques généraux.

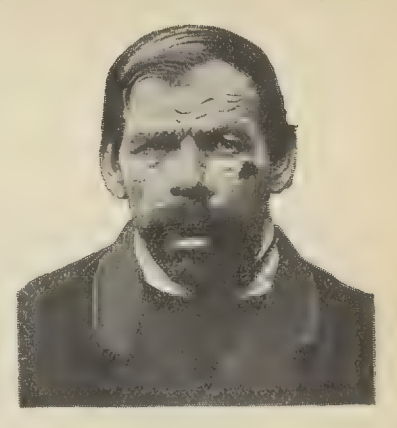


Fig. 211. — Paralysie générale. — Ictus épileptiforme au cours duquel le malade s'est fait une blessure au niveau de la région de l'os malaire gauche. Consécutivement à l'ictus s'est déclarée une parésie faciale gauche.

Rémissions.

Toutes les formes de la paralysie générale, et plus particulièrement celles qui s'accompagnent d'une vive excitation, peuvent subir une interruption de leur évolution par suite d'arrêt ou de *rémission* du processus morbide. Les malades se montrent calmes et sont réellement très améliorés. On constate quelquefois le retour, dans une certaine mesure, de la faculté du jugement. Ainsi, un malade reconnaissait avec une entière conviction que ses 50 000 francs ne pourraient pas suffire, contrairement à ce qu'il affirmait antérieurement, à la construction de 1 000 navires cuirassés. L'amélioration se fait assez souvent sentir au point que le malade peut quitter l'asile et retourner à ses anciennes occupations. Des signes physiques, voire même les troubles pupillaires, peuvent disparaître. Un malade de Kraepelin, dont la rémission a duré très longtemps, a pu rester six ans domestique dans une école. Un autre passa avec succès un examen et se maria. Un artiste exécuta à la satisfaction générale de grandes fresques qui

lui avaient été commandées avant l'apparition de la paralysie générale. Malgré tout, la rémission dure très rarement plus d'un an. On obtient dans quelques cas une certaine trêve pouvant parfois durer des années, mais une disparition totale des signes physiques qui se sont déjà manifestés est exceptionnelle.

ÉVOLUTION DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Dans l'étude de l'évolution de la paralysie générale, il est utile de différencier plusieurs périodes dont chacune peut affecter divers aspects. Il faut d'ailleurs toujours s'attendre à la transformation d'une variété en une autre.

a. — **Période prodromique ou de début.**

Dans la très grande majorité des cas, la paralysie générale commence d'une façon insidieuse et lente. Le malade éprouve de temps à autre un malaise, et constate lui-même, quand il consulte le médecin, que depuis longtemps déjà il n'est plus le même qu'autrefois.

Sa somnolence, sa lassitude, l'impossibilité dans laquelle il est d'entreprendre un travail suivi, les petites négligences dans son service, tout cela a été remarqué, a causé dans son entourage une surprise désagréable et a été pris par tout le monde pour des symptômes neurasthéniques ou pour des accidents arthritiques ou bien pour des vertiges. Les voyages, les eaux thermales, tous les traitements sont restés sans effet. Ce qui frappe de bonne heure un observateur attentif ayant déjà connu le malade avant sa maladie, c'est un changement complet de caractère, fait qui justement échappe souvent à l'attention des parents les plus proches. Les progrès rapides des troubles de la parole, un léger ictus, des troubles pupillaires survenant parfois promptement, peut-être aussi un manquement important dans le service ou en société, une désorientation grossière faisant que le sujet n'est plus capable de retrouver son chemin dans la ville, un voyage sans but et sans utilité, un conflit avec l'ordre public, voilà autant de signes qui, généralement, ne laissent aucun doute sur la gravité de l'affection. Il est rare que les premiers symptômes de la paralysie générale apparaissent brusquement. Cependant, nous connaissons une malade qui fut atteinte de

cette affection après avoir assisté à une crise d'hystérie. Chez un autre sujet, l'envoi de cartes postales anonymes contenant des propos relatifs à la pédérastie, fut le premier acte révélateur de sa paralysie générale. Nombre de cas sont précédés pendant des années de malaises ou d'accidents de nature somatique.

b. — Période d'état.

La paralysie générale arrivée à son apogée peut prendre les aspects cliniques les plus divers rappelant la manie, la mélancolie, la paranoia ou n'importe quelle autre psychose. Ces diverses formes peuvent d'ailleurs exister successivement chez le même malade ; l'affection n'en suit pas moins son évolution fatale vers la démence la plus complète et la mort. Plusieurs types cliniques peuvent donc caractériser la période d'état, parmi lesquels nous rappelons plus particulièrement les suivants :

I. — Paralysie générale à forme expansive.

C'est la variété qui a été connue et étudiée à fond la première. Après la période prodromique, et souvent après un état passager de dépression hypocondriaque, survient une légère excitation avec un état cœnesthétique très gai, ou un sentiment d'euphorie, comme le montre la figure 212. Le



Fig. 212. — Paralysie générale à forme expansive. Sentiment d'euphorie.

malade est rayonnant dans sa joie de vivre. Il a envie de se marier. Il entreprend de grands voyages. Il fait de vastes projets. Il veut atteindre à ce qu'il y a de plus sublime. Il veut faire le bonheur de l'humanité. Il n'y a pas de titre assez ronflant pour lui. Il devient empereur et dépense l'argent par milliards. Il se croit capable de satisfaire



Fig. 213. — Paralysie générale à forme expansive.

100 000 femmes; Dieu le décore de l'ordre du Sauveur en brillants qui lui est expédié par un bureau de poste établi au ciel. Les figures 212, 213, 214, 215 et 216 montrent divers types de cette variété *expansive* de la paralysie générale. En même temps, le malade est plus ou moins *amnésique*, désorienté et présente souvent une légère altération de la conscience. De plus, au point de vue moral, il commet des fautes qui ne lui sont point habituelles, comme de tenir en riant des propos obscènes en présence de femmes bien élevées. Les malades font volontiers du vacarme, mais, en somme, ils sont dociles, maniables, même en ce qui con-

cerne leurs idées absurdes. Quant au travail, il n'en est plus question. Puis, apparaissent les signes physiques. Des ictus ne sont pas rares. Peuvent survenir aussi des rémissions. La période finale n'arrive guère qu'au bout de deux ans ou même plus tard. Les idées de grandeur deviennent à la fois plus incohérentes et plus mesquines. Le malade



Fig. 214. — Paralysie générale à forme expansive. Euphorie rayonnante. Démence.

a « beaucoup de jambon » ou « un vase de nuit en or », ou bien il « peut courir pendant quatre heures de suite sans s'arrêter ». Jadis, on considérait cette variété expansive de la paralysie générale comme la plus fréquente. En réalité, elle s'observe tout au plus dans un sixième des cas.

2. — Paralysie générale à forme maniaque.

Il existe une grande analogie entre l'excitation maniaque classique et l'excitation violente des paralytiques géné-

raux. Les crises d'agitation de ces derniers rappellent les états des maniaques ou des catatoniques. Jour et nuit ces malades sont en mouvement : ils sautent, chantent et crient,

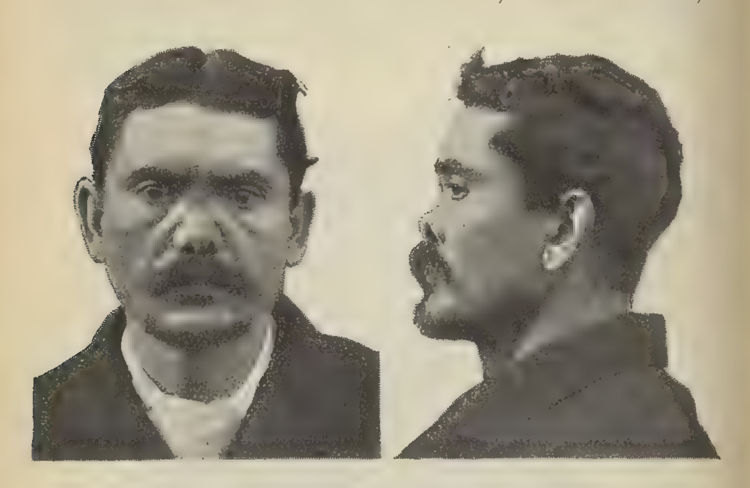


Fig. 215 et 216. — Paralysie générale expansive. — Déformation du nez en forme de selle, d'origine syphilitique.

comme les paralytiques représentés par les figures 217 et 218. Le plus souvent leur humeur est euphorique et des idées de grandeur se mêlent à cette excitation. Parfois surviennent, au milieu de cette agitation, des crises d'angoisse ou de dépression mélancolique, avec des actes de violence et des idées de suicide. Les malades sont malpropres, se nourrissent souvent d'une façon insuffisante, ont des troubles sensoriels. D'ordinaire, ces paralytiques maniaques sont moins faciles à manier que les sujets du groupe précédent. Quand on cherche à les calmer, ils tiennent parfois des propos dans le genre de celui-ci : « J'ai entendu beaucoup de voix ; je ne veux pas être guéri ici ; je veux en parler à l'empereur, je sais ce que je veux, j'ai toute ma raison ». Le poids du corps diminue rapidement. Le processus morbide se dénoue le plus souvent au bout de deux ans.

On peut ranger dans ce groupe un dixième environ de tous les cas de paralysie générale.

3. — Paralysie générale à forme galopante.

Dans des cas de gravité extrême, l'affection tout entière, une fois les symptômes initiaux passés, évolue dans l'espace de quelques mois ou même de quelques semaines. Quelquefois, une pareille paralysie générale à forme galopante constitue la période terminale rapide d'une variété antérieure, expansive ou dépressive, de paralysie générale qui a suivi pendant quelque temps une marche très lente. Dans cette variété, les malades sont constamment violemment agités, troublés, confus. Ils rient, rugissent, pleurent, font mouvoir leurs extrémités, sont violents, refusent fréquemment la nourriture, gâtent. Le pouls est d'ordinaire accéléré ; assez souvent, on constate une éléva-



Fig. 217. — Paralysie générale à forme maniaque.

tion de la température. Dans leur agitation motrice, les sujets sont exposés à bien des traumatismes. Il n'est pas rare que des ictus se produisent. Même dans le cas où les



Fig. 218. — Paralysie générale à forme maniaque. — Le malade déchire sa literie et s'en drape.

malades acceptent la nourriture, le poids du corps diminue rapidement. Les symptômes physiques apparaissent de bonne heure et revêtent une gravité toute particulière. Bientôt après, survient un délire, dans lequel les sujets ne

peuvent plus se faire comprendre, tellement il est incohérent.

Quelquefois le processus morbide commence par un trouble délirant et conduit directement à la mort, de sorte que, étant donnée la difficulté de l'examen physique, on mettait jadis ces cas sur le compte d'un délire aigu. Dans certains cas pourtant, surtout quand on prend tous les soins possibles pour maintenir les forces physiques du malade, l'agitation disparaît et l'existence de la paralysie générale est alors facilement constatée.

4. — Démence paralytique.

Dans 40 à 50 p. 100 de tous les cas de paralysie générale prédomine la démence caractéristique. C'est, d'ailleurs, la forme la plus grave, celle qui, à part la variété précédente, conduit très rapidement à la mort, et qui s'accompagne d'ictus multiples. Les oscillations de l'état cœnesthétique sont ici peu marquées, et les idées de grandeur ou d'hypocondrie et de persécution y sont extrêmement pauvres et mesquines. Par exemple, le malade déclarera qu'il a un nombre incalculable de pommes; qu'il a de beaux habits ; qu'il a la tête bouchée ; qu'il est poursuivi par des bourreaux. Mais, en revanche, l'affaiblissement intellectuel ressort d'une manière typique. Les sujets sont amnésiques; ils oublient surtout les impressions les plus récentes; ils sont mal orientés, confus, niais, indif-



Fig. 219. — Paralysie générale à forme démentielle avec parésie faciale droite. Euphorie. Costume fabriqué avec des lambeaux de drap sale.

Planche X. — Démence paralytique. Nombreuses fractures spontanées des membres inférieurs. Parésie faciale droite.

férents, sans initiative, comme la femme représentée par la figure 220. Leur caractère est comme métamorphosé. Ils s'occupent encore à leur façon accoutumée, mais souvent en faisant des choses absurdes. Un sujet fabriqua une cassette de bois dont le tiroir ne pouvait s'ouvrir; une femme tricota un bas qui était fermé aux deux extrémités; un paralytique employait ses excréments pour cirer les chaus sures. Une malade, représentée par la figure 219, s'est fabriquée un costume avec des lambeaux de drap sale et prétendait avoir sur elle une robe de soie. Bientôt, l'aptitude au travail cesse complètement. De temps en temps les malades ont encore conscience de leur état morbide ou bien ils se livrent à une légère excitation. Un homme, qui, pendant des semaines, était resté à l'asile indifférent à tout, s'esquiva et se joignit aux premiers ouvriers venus qui travaillaient à cinq minutes de là, pour les aider à charger des pierres. Ils aiment ordinairement à manger et à fumer; mais tout intérêt plus élevé s'est éteint en eux. Souvent la tenue extérieure est longtemps passable, de sorte qu'un étranger peut les prendre pour des gens sains d'esprit, jusqu'au moment où il leur pose une question dont la réponse demanderait un peu d'intelligence.



Fig. 220. — Démence paralytique.

Parfois surviennent des maux de tête, des troubles sensoriels. Les malades sont rarement violents. Bientôt apparaissent la lassitude, la somnolence, des troubles de la



conscience. Les sujets deviennent malpropres, barbouillent les objets avec de la salive ou des excréments ; peu à peu l'état passe à la démence la plus profonde, tandis que les signes physiques sont parfois à peine accusés. Néanmoins, on peut observer les accidents les plus divers, quelquefois avant même l'apparition des symptômes psychiques. Les troubles trophiques profonds ne sont pas rares; la planche X représente une femme atteinte de démence paralytique avec parésie faciale droite et nombreuses fractures spontanées des membres inférieurs. Chez les femmes, la paralysie générale se manifeste principalement sous la forme démentielle, quoiqu'on puisse observer chez elles les autres variétés de cette affection.

5. — Paralysie générale à forme mélancolique.

Cette variété de la paralysie générale se joint ou passe souvent à la précédente. Elle se distingue par la prédominance d'un état cœnesthétique triste. Comme la démence paralytique, elle est assez fréquente chez la femme. Environ 20 à 25 p. 100 des cas de paralysie générale doivent être rangés dans ce groupe. Les ictus n'y sont pas fréquents. Les rémissions sont encore plus rares. Au début, surtout chez les femmes, il est souvent extrêmement difficile de distinguer cette affection de la mélancolie d'involution. Les sujets, âgés de cinquante à soixante ans, deviennent mécontents, tristes, inquiets ; ils expriment des idées de culpabilité et de micromanie ; ils voient partout des allusions qui les blessent, ils ont des idées de persécution qui sont grossièrement systématisées. Le malade représenté par la



Fig. 221. — Paralysie générale à forme anxieuse. — Ptosis du côté droit.

figure 222 était un paralytique avec des idées hypocondriaques. Des tentatives de suicide se produisent facilement, ainsi que les auto-mutilations, comme l'arrachement d'un œil. Le refus de nourriture est fréquent. Souvent les malades se plaignent d'une angoisse précordiale, comme la paralytique représentée par la figure 221. Ils tombent parfois dans une véritable *stupeur*; ne répondent plus aux questions ; restent, des journées entières, assis ou couchés à la même place. La mémoire est affaiblie ; la sensibilité générale est obtuse. Plus tard, les idées de persécution deviennent de plus en plus démentielles. Les propos dans le genre de celui-ci : « mon cerveau est cuit » deviennent fréquents. Finalement, la démence se développe au point qu'il ne peut plus être question d'un état cœnesthétique quelconque.



Fig. 222. — Paralysie générale à forme hypocondriaque.

Outre ces cinq formes les plus importantes de la paralysie générale, il faut encore mentionner quelques autres variétés qu'on ne peut guère mettre complètement à part des autres, mais qui, pourtant, présentent certaines particularités dignes d'être notées. Ainsi, sous le nom de *forme circulaire* de la paralysie générale, on a décrit une méningo-encéphalite qui présente, dans son évolution, des périodes alternatives d'excitation et de dépression.

6. Signalons aussi la *forme délirante* de la paralysie générale, dans laquelle la faculté d'orientation est particulièrement défectueuse ; les malades s'agitent continuellement, présentent de nombreux troubles sensoriels, souffrent d'insomnies, s'excitent par moments, veulent

s'occuper de trente-six choses à la fois. Leur conscience est obscurcie. L'état cœnesthétique est obtus, quelquefois euphorique ou triste, mais il ne présente jamais l'humour caractéristique de l'alcoolique, avec lequel on pourrait le confondre. L'attention active manque souvent. Ordinairement aussi, on ne trouve pas, chez ces malades, le tremblement intense du *delirium tremens*. Il faut d'ailleurs savoir que l'abus de l'alcool a parfois précédé ou accompagné, chez les paralytiques généraux, l'éclosion des

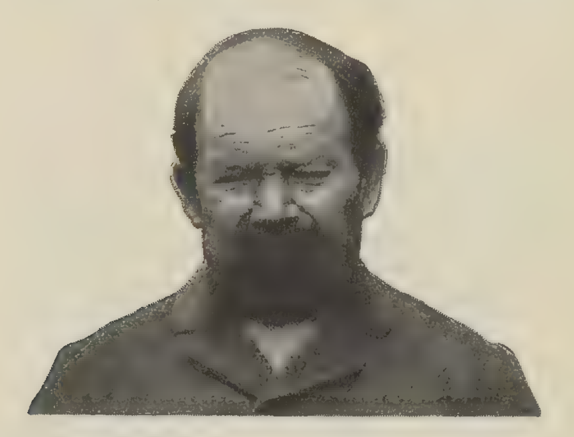


Fig. 223. — Paralysie générale à forme délirante. — Hydrocéphalie.

troubles psychiques. La figure 223 représente un paralytique général à forme délirante, atteint d'hydrocéphalie.

7. — Paralysie générale juvénile.

Elle ne se distingue pas essentiellement, au point de vue clinique, de celle qui survient à son époque de prédilection. Ici, comme dans la paralysie générale féminine, la forme expansive est rare. La figure 224 représente un garçon de vingt ans atteint de cette affection.

On a dernièrement décrit plusieurs douzaines de cas de *paralysie générale infantile*, la plupart chez des enfants atteints de syphilis héréditaire. Un enfant de treize ans, que j'ai eu l'occasion d'observer, avait été frappé par un rouleau qui lui était tombé sur la tête ; il ne perdit pas

Planche XI (d'après Ballinger). — *Pachyméningite hémorragique interne.* A droite, on trouve une fausse membrane d'un rouge clair en bas et foncé en haut; cette membrane présente un tissu fibreux riche en cellules, avec néoformations vasculaires et épanchement sanguin récent. A gauche, on constate une couche d'un vert jaunâtre; il s'agit là d'une inflammation avec suppuration de la membrane fibreuse venant s'ajouter à la couche exsudative hémorragique primitive.

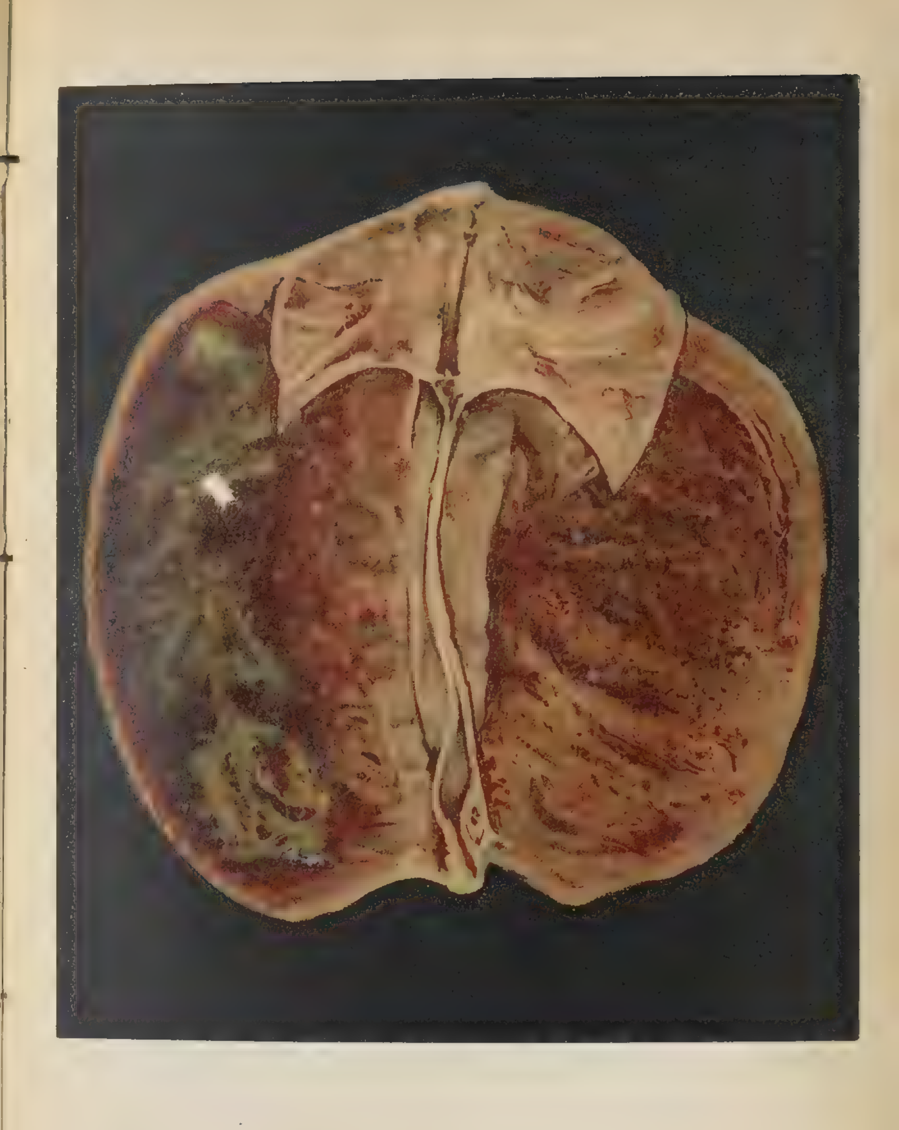
connaissance, mais resta couché pendant plusieurs semaines après ce coup. Bientôt il devint amnésique; son



Fig. 224. — Paralysie générale juvénile chez un garçon de vingt ans. — Contractures; escarres. Dans la dernière année de la paralysie, le malade perdit 32 p. 100 de son poids. Mort à 21 ans et 2 mois, avec un poids de 16 kilos; $1^{m},30$ de taille.

caractère fut complètement changé et il ne put plus se livrer qu'à un travail facile. Finalement, survinrent des ictus apoplectiformes avec hémiplégie gauche, une forme typique de la paralysie apoplectique. Puis se déclarèrent un trouble de la parole, une prostration extrême et de nouveaux ictus à la suite desquels le sujet succomba.

8. On a essayé d'établir encore un autre type de méningo-encéphalite sous le nom de *forme ascendante de la paralysie générale.* Il s'agit des cas dans lesquels les



symptômes spinaux se manifestent longtemps avant les signes cérébraux, bien que le trouble psychique qui survient plus tard ne se distingue en rien de celui de toutes les formes que nous venons de décrire.

Il existe parfois un intervalle de cinq à dix ans entre les premières manifestations spinales et les premiers accidents psychiques. La méningo-encéphalite qui s'accompagne des symptômes tabétiques porte le nom de *paralysie générale à forme tabétique*.

c. — **Période terminale.**

La période terminale de tout paralytique général qui ne succombe pas à des accidents intercurrents se caractérise



Fig. 225. — Bain prolongé chez un paralytique général parvenu au stade final.

par la démence la plus profonde. L'état cœnesthétique devient indifférent ; les idées délirantes disparaissent. Quelques propos délirants isolés, tels que « assassins », « diablement riche », persistent parfois pendant très longtemps.

La mémoire est abolie et les malades ne savent même plus comment ils s'appellent ; finalement, ils rugissent des sons inarticulés ; les troubles de la déglutition et le refus de nourriture rendent nécessaire l'alimentation par la sonde œsophagienne. Le sommeil est d'ordinaire mauvais. A la longue, se produisent des contractures des muscles fléchisseurs, ainsi que leur atrophie. Les malades maigrissent, comme le montrent les figures 224, 225, 226 et 227 ; quelques-uns engraissent (Voy. fig. 228).



Fig. 226. — Paralysie générale arrivée à la démence terminale ; amaigrissement à un très haut degré.

Souvent, la musculature présente des oscillations ondulatoires, et quelquefois survient un tremblement intentionnel. Il existe généralement une complète analgésie. L'activité des sens est éteinte. Les fonctions trophiques s'affaiblissent jusqu'à ce qu'enfin, par suite de l'affaiblissement cardiaque, survienne la mort, accélérée par des ictus, un catarrhe de la vessie, des escarres, une septicémie, une pneumonie, ou une embolie graisseuse.

Diagnostic. — Autant il est facile de diagnostiquer une paralysie générale à forme expansive parvenue à la

période d'état, autant le *diagnostic* de cette affection à la période *initiale* présente des difficultés. C'est pourtant au début surtout que le diagnostic offre une importance capitale.

Les accidents psychiques et les symptômes somatiques n'évoluent pas toujours d'une façon contemporaine; parfois les uns précèdent les autres de plusieurs années. Quelques signes physiques de peu d'importance s'observent aussi au cours des autres psychoses et névroses, par exemple l'inégalité pupillaire, l'exagération des réflexes, l'hypoalgésie. Il faut bien se rappeler qu'il ne suffit pas d'un seul symptôme pour établir le diagnostic de la paralysie générale. Le signe qui offre, à ce point de vue, une certitude relative est la disparition du réflexe lumineux des pupilles. Mais ce symptôme n'existe pas dans la majorité des cas de paralysie générale. De plus, dans l'examen qu'on en fait par la fixation d'un point lumineux éloigné, par exemple d'un nuage très éclairé, il faut soigneusement éviter l'erreur provenant de la réaction d'accommodation. L'exagération des réflexes rotuliens fait également partie des symptômes les plus importants de la paralysie générale, mais cette exagération existe à peine dans la moitié des cas. On peut en dire autant de l'embarras de la parole. On



Fig. 227. — Paralysie générale à la phase de démence terminale avec amaigrissement considérable et contractures.

Planche XII. — *Cerveau d'un paralytique général*, vu par la face externe de l'hémisphère gauche. Les circonvolutions sont atrophiées; les sillons sont creusés dans les lobes frontal et occipital sur la surface des circonvolutions; la pie-mère épaissie présente une coloration blanchâtre; les vaisseaux pie-mériens ont les parois épaissies. Dans la région de la scissure longitudinale, la pie-mère est particulièrement épaissie; à ce niveau existent des adhérences de la pie-mère avec la dure-mère.

doit s'efforcer de fonder son diagnostic, non seulement sur les signes physiques, mais aussi sur les données



Fig. 228. — Paralysie générale à la période de démence; obésité.

d'ordre purement psychique. A ce point de vue, le délire des grandeurs, absurde et incohérent, constitue un signe dont on doit tenir grand compte. Vient ensuite l'affaiblissement de la mémoire et du jugement, la suggestibilité et l'effacement des sentiments affectifs.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

1. ***Neurasthénie.*** — La phase initiale de la paralysie générale ressemble souvent pendant longtemps à la neu-

Tab. 12.

rasthénie. Quand un sujet d'âge moyen se plaint d'affaissement général, de lassitude, d'un sommeil troublé, sans qu'il y ait, en réalité, un surmenage intellectuel, c'est là une indication pour soupçonner une paralysie générale au début. Ce soupçon se trouve corroboré par l'inefficacité d'une cure de repos. Vertiges, céphalalgies, migraines, bégaiement, tremblements, exagération des réflexes, tous ces phénomènes peuvent également survenir chez les neurasthéniques. Mais ces derniers ont conscience de leur état morbide; ils éprouvent une sourde pression de la tête, et non pas la céphalalgie procédant par crises ou la migraine paroxystique des paralytiques généraux.

2. La ***mélancolie d'involution***, en particulier chez les femmes, est assez souvent difficile à différencier du début de la démence paralytique ou de la paralysie générale à forme dépressive. Cette dernière affection commence souvent d'une manière beaucoup plus lente et insidieuse. Elle se distingue de bonne heure par un affaiblissement de la mémoire, une diminution de la faculté d'orientation, un affaiblissement plus grand des sentiments affectifs, des propos absurdes et des actes incohérents.

3. La ***manie*** peut souvent ressembler à la paralysie générale à forme maniaque ou expansive dans laquelle on trouve aussi un état cœnesthétique gai, un besoin d'activité, de la loquacité et de la fuite des idées. Le maniaque simple peut, lui aussi, émettre des idées délirantes, absurdes, quoique, le plus souvent, il ne les produise qu'en manière de plaisanterie ou de raillerie. Il n'est pas rare que, dans la manie ordinaire, le malade, pour plaisanter, ne reconnaisse pas des personnes, tout en se rendant bien compte, au fond, de son entourage. Les paralytiques généraux présentent un affaiblissement plus considérable de la faculté d'orientation et des lacunes plus grandes de la mémoire, sans parler de tous les signes physiques qui caractérisent leur état.

4. ***Psychoses alcooliques***. — Nous avons déjà parlé (p. 474) de la différenciation de la paralysie générale à forme délirante du *delirium tremens*. Mais quelquefois l'alcoolisme chronique peut prendre toutes les apparences d'une variété de paralysie générale. On a aussi, il est vrai, parlé d'un groupe qui serait celui d'une *paralysie* ou *pseudo-paralysie générale alcoolique*. Il faut tout d'abord

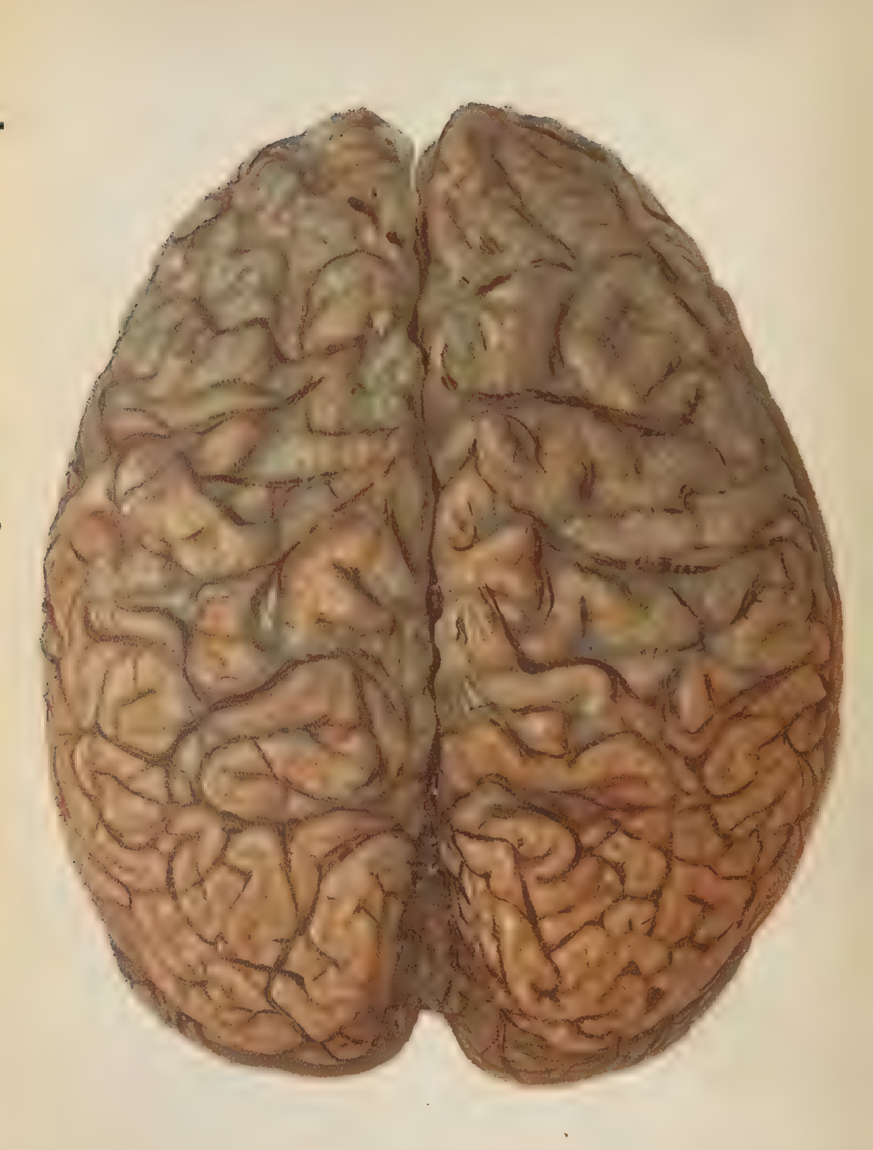
Planche XIII. — *Cerveau d'un paralytique général*, vu par la face supérieure. Au niveau des lobes frontal et pariétal, les circonvolutions sont atrophiées et les sillons sont affaissés. Sur la surface du cerveau on trouve la pie-mère ayant une coloration blanchâtre ; ses vaisseaux sont très dilatés et ont des parois épaissies.

distinguer les cas dans lesquels un alcoolique invétéré se trouve atteint, par-dessus le marché, de paralysie générale. De même, il faut mettre à part les cas dans lesquels un paralytique général, pendant l'excitation de la période de début de sa méningo-encéphalite, s'adonne aux excès alcooliques. Il peut arriver, en outre, qu'un vieux buveur manifeste des accidents neurasthéniques et spinaux rappelant le tabes, qu'il présente même de l'embarras de la parole, du tremblement et finalement un effondrement intellectuel, avec affaiblissement de la mémoire, la dégradation morale, toutes choses qui font penser à la paralysie générale. La vraie paralysie générale, en laissant tout à fait de côté les troubles pupillaires et les idées délirantes, a un caractère progressif qui manque à la démence alcoolique, puisque celle-ci s'arrête dans son évolution ou, du moins, s'améliore plus ou moins dès qu'on supprime l'influence de l'alcool.

On a très rarement l'occasion de faire le diagnostic différentiel de la paralysie générale, soit avec l'*intoxication bromurée*, *trionalique* ou *saturnine*, soit avec l'*urémie* ou le *coma diabétique*.

5. On doit songer aussi aux diverses variétés de la ***démence précoce***, surtout à celles qui débutent tardivement entre trente et cinquante ans et qui s'accompagnent de dépression, de troubles sensoriels et d'idées délirantes. Ces variétés peuvent être confondues quelquefois avec la paralysie générale, d'autant plus que, à la période avancée de la démence précoce, les sujets présentent un affaiblissement intellectuel tout aussi développé que dans la paralysie générale à la phase terminale. Il est vrai que, dans la démence précoce, on constate certains signes caractéristiques, comme le négativisme, les tics et les attitudes maniérées, tandis que les troubles physiques n'y jouent, au contraire, qu'un rôle secondaire.

6. La ***démence sénile*** peut quelquefois être discutée à propos d'une paralysie générale survenant à un âge avancé. Mais, dans la démence sénile, on ne trouve pas



les signes physiques typiques, tandis qu'elle présente un affaiblissement de la mémoire plus profond que dans la méningo-encéphalite. L'agitation est moindre; les idées délirantes sont généralement moins absurdes et moins susceptibles d'être modifiées au gré de l'interlocuteur.

7. La ***paranoia*** (chap. XVII), même lorsqu'il s'agit des cas où les idées délirantes sont peu coordonnées, ne peut guère être confondue avec la paralysie générale, attendu que, dans les délires systématisés, on ne trouve pas l'affaiblissement intellectuel des paralytiques généraux, sans même parler des signes physiques qui caractérisent ces derniers.

8. ***Syphilis cérébrale***. — La *gomme cérébrale* peut donner lieu à de l'affaiblissement intellectuel, à la perte de la faculté d'orientation, à de l'agitation, à des idées délirantes, à des états comateux, et, avec une fréquence particulière, à des troubles oculaires les plus variés. Chez les paralytiques généraux, les accidents paralytiques (monoplégies ou hémiplégies) sont plus transitoires. Dans la syphilis cérébrale, on trouve plus souvent des lésions en foyer et les troubles de la parole y sont plutôt rares. Il peut se produire, dans la syphilis cérébrale, de la céphalalgie et quelquefois aussi de l'abolition des réflexes lumineux des pupilles. Dans le doute, il faut établir un diagnostic provisoire, quitte à l'accepter ou à le modifier selon les effets déterminés par l'iodure de potassium [et surtout par un traitement mercuriel suffisamment intense].

9. D'autres affections dues à des lésions en foyer, telles que les *tumeurs cérébrales*, la *sclérose en plaques*, l'*artériosclérose cérébrale*, la *pachyméningite*, s'accompagnent le plus souvent des symptômes en foyer : une aphasie purement motrice, une hémianopsie, une hémiplégie; dans les tumeurs cérébrales, il y a, en outre, à tenir compte de la compression de la papille. Ces diverses affections peuvent avoir pour effet lointain un affaiblissement intellectuel très accusé, pouvant être pris pour de la paralysie générale. Le diagnostic différentiel se fera par la constatation exacte de signes physiques.

10. Dans quelques cas peu nombreux, on voit les accidents *tabétiques* s'accompagner de *symptômes psychiques*. La situation dure ainsi de longues années. On est obligé d'interner le malade dans une maison de santé sans qu'on puisse affirmer à aucun moment le diagnostic de la paralysie générale.

Planche XIV. — *Paralysie générale avec hématome à la base du cerveau.* Accident rare. Au niveau de la fosse sylvienne, on trouve un léger boursouflement kystique et lacunaire de la pie-mère.

[Cyto-diagnostic de la paralysie générale.

Le *diagnostic* de la paralysie générale est fondé généralement sur la constatation de deux ordres de signes : les uns relatifs à l'affaiblissement *général*, *total*, *massif*, des facultés intellectuelles ; les autres, se rattachant à l'incoordination motrice *généralisée*. Ces divers signes permettent de faire le diagnostic à la *période d'état* de la paralysie générale, alors qu'il serait si important, à tous les points de vue, de pouvoir diagnostiquer cette affection le plus tôt possible, à la première période et, mieux encore, à la période prodromique.

Or, à la *période préparalytique ou prodromique*, la paralysie générale peut être confondue, comme l'avaient déjà remarqué Mendel, Auguste Voisin et, plus récemment, Gilbert Ballet, avec la neurasthénie ou la psychasthénie. En effet, le *syndrome de Beard* présente avec la période préparalytique de la méningo-encéphalite un certain nombre de symptômes communs, comme la céphalée, les vertiges, les éblouissements, les douleurs aiguës, les troubles dyspeptiques, les préoccupations hypocondriaques et, surtout, le sentiment de lassitude, de fatigue et de faiblesse. Or, ce qui différencie la période prodromique de la paralysie générale de la neurasthénie, ce sont souvent : l'absence du casque psychasthénique, de la rachialgie et de la plaque sacrée, c'est l'importance exceptionnelle qu'ajoutent les sujets prédestinés à la paralysie générale à leurs névralgies et à leurs douleurs : c'est encore les modifications d'un moment à l'autre dans l'état de souffrance de ces derniers, état de souffrance qui paraît être avant tout psychique, car le sujet l'oublie souvent sous l'influence d'un incident quelconque.

Mais ces divers signes différentiels, d'ordre un peu subjectif, doivent nécessairement céder le pas à un signe objectif et anatomique qu'est venu récemment fournir au diagnostic de la paralysie générale l'*examen histologique du liquide céphalo-rachidien*. Les travaux de Widal, Ravaud et Sicard, de Joffroy, de Babinski et de leurs élèves ont contribué en France à faire connaître ce procédé de cyto-



diagnostic dans la méningo-encéphalite interstitielle diffuse dont nous allons exposer rapidement la technique.

Pour retirer une petite quantité de liquide céphalo-rachidien on fait une *ponction lombaire.* L'instrument employé à cet effet est une aiguille de 8 centimètres de long, bien stérilisée. L'opérateur stérilise ses mains, aseptise la région lombaire du sujet qu'il place ensuite dans le décubitus assis ou latéral. On choisit ensuite la région à piquer. Pour cela, on cherche l'espace qui sépare la quatrième vertèbre lombaire de la cinquième en se servant comme point de repère de crêtes iliaques. On sent avec l'extrémité de l'index gauche la pointe de la quatrième vertèbre lombaire, puis on mesure un demi-centimètre environ en dehors et en dessous de cette pointe. Après avoir anesthésié la région à piquer à l'aide d'un peu de chlorure d'éthyle, on introduit l'aiguille perpendiculairement et *légèrement* inclinée en dedans. Dans ces conditions, la ponction permet la pénétration directe de l'aiguille dans le canal céphalo-rachidien, ce qui est reconnu par l'écoulement du liquide, généralement clair comme de l'eau de roche. On laisse se perdre une ou deux gouttes et l'on recueille ensuite 3 centimètres cubes environ de ce liquide *directement* dans un tube effilé, préalablement bien stérilisé. On bouche aussitôt hermétiquement et l'on flambe légèrement le bouchon de coton.

Le liquide ainsi recueilli doit être examiné : 1° à l'œil nu et 2° à l'aide du microscope.

A l'œil nu on peut constater dans certains cas : qu'il est louche, ou bien qu'il présente une teinte rosée, hémorragique, ou bien que, chauffé, il offre la réaction caractéristique de la présence des albumines (Widal, Guillain).

L'examen microscopique est toujours important et nécessite une préparation spéciale du liquide, soit en laissant un dépôt s'opérer par le repos de vingt-quatre heures, soit en obtenant le dépôt séance tenante par le procédé de la centrifugation du tube effilé pendant un quart d'heure à l'aide de l'appareil de Krauss qui fait 2500 tours à la minute.

On procède ensuite à l'examen du culot qu'on obtient en vidant *complètement* le tube effilé et le redressant ensuite ; puis, à l'aide d'une pipette, on aspire le culot, aussi complètement que possible, avec le liquide qui reste dans l'effilure ; on étale ensuite tout le produit sur une lame de

verre. On fixe ce dernier avec de l'alcool-éther, ou la chaleur. On fait une première coloration à l'hématéine ou l'hématoxyline pendant deux à cinq minutes. On lave la préparation à l'eau. Puis on fait une seconde coloration à l'éosine, également pendant deux à cinq minutes. On lave de nouveau à l'eau, on sèche au papier mousseline et l'on examine au microscope avec un objectif à immersion. Si le liquide céphalo-rachidien est normal, on n'aperçoit dans la préparation que quelques rares lymphocytes (deux ou trois). Dans le cas, au contraire, où le liquide appartient à un paralytique général, on constate une *lymphocytose* plus ou moins abondante. Les lymphocytes se présentent au microscope avec une double coloration : leur protoplasma est coloré en rose, grâce à l'éosine, et leur noyau en bleu violacé, grâce à l'hématéine. Ces lymphocytes peuvent être mononucléaires ou polynucléaires ; tantôt il y a prédominance des uns, tantôt prédominance des autres. Or, la lymphocytose plus ou moins abondante du liquide céphalo-rachidien indique l'existence d'une *irritation* ou d'une *réaction* méningée, liée à une altération organique des centres nerveux. Par conséquent, la constatation de la lymphocytose à la période préparalytique ou prodromique de la paralysie générale permet de différencier cette dernière de la neurasthénie ou de la psychasthénie. Bien entendu, la lymphocytose, n'indiquant que l'irritation méningée liée à une altération organique des centres nerveux, s'observe non seulement dans la paralysie générale, mais dans toutes les méningites cérébro-spinales, toutes les poliomyélites, le tabes.

Aux périodes plus avancées de la paralysie générale, le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien trouve également des applications. Ainsi, quand il s'agit de distinguer, à la période de début, entre les divers états mentaux sans lésions (accès d'excitation simple, excitation maniaque aiguë, délire des grandeurs, délires mélancoliques ou hypocondriaques, les accès de folie intermittente, l'alcoolisme chronique) et les diverses modalités de la méningo-encéphalite, la présence ou l'absence de la lymphocytose apporte au diagnostic une réelle précision. Même à la période d'état, l'examen du liquide céphalo-rachidien peut être indiqué, soit pour confirmer le diagnostic de la paralysie générale, soit pour suivre l'évolution de cette affection en constatant, par exemple, une lymphocytose

beaucoup plus abondante immédiatement ou peu de temps après un ictus.

En somme, le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien peut contribuer, à l'heure actuelle, à faire le *diagnostic précoce* de la paralysie générale; il permet d'intervenir plus rapidement qu'autrefois dans le *traitement* rationnel (mercure à dose suffisante); il peut être indiqué aussi dans la *médecine légale* de la méningo-encéphalite.]

Pronostic. — Les cas de guérison de la paralysie générale, publiés d'ailleurs en très petit nombre, ne résistent pas à une critique serrée. Cette affection se termine toujours par la mort; mais sa marche peut être interrompue par des rémissions pouvant durer des mois et même des années. Tandis que certains cas, rares à la vérité, évoluent en peu de semaines, on en trouve d'autres d'une durée beaucoup plus longue; nous connaissons un cas qui a duré dix-huit ans. Le plus souvent la paralysie générale a une durée de deux à trois ans. Chez les femmes, l'affection est plus lente. A part la forme galopante, c'est la démence paralytique qui s'achemine le plus rapidement à sa terminaison fatale. Le suicide et, plus souvent, des ictus (jusqu'à 50 p. 100) peuvent déterminer la mort dès les premières périodes de l'affection. A la dernière période de la paralysie générale, la mort est le plus souvent provoquée par des affections intercurrentes, une pneumonie, des traumatismes, un catarrhe de la vessie, une embolie graisseuse, un affaiblissement du cœur, un marasme général. Autrefois, les escarres avec septicémie consécutive étaient une des causes les plus fréquentes de la mort.

Anatomie pathologique. — Pour fixer le diagnostic anatomique de la paralysie générale, une seule constatation est insuffisante. Il faut réunir un assez grand nombre de lésions pour pouvoir le justifier complètement.

Lésions macroscopiques. — 1° Les os du crâne sont épaissis, très résistants, en rapport avec l'amoindrissement de la masse cérébrale. Le *diploé* est réduit. La voûte du crâne est rarement réduite. On peut trouver quelques hyperostoses et exostoses sans grande importance.

2° Les *méninges* du cerveau sont souvent adhérentes au crâne et au cerveau, de sorte qu'elles ne peuvent se détacher sans perte de substance. Il existe fréquemment une *pachyméningite hémorragique interne* et parfois *externe*, lésion qui se produit aussi, il est vrai, dans d'autres psychoses, de

Planche XV. Fig. 1. — *Pachyméningite hémorragique interne.* Agrandissement : 45. — 1, dure-mère épaissie par un tissu conjonctif; 2, membrane de nouvelle formation, traversée sur sa face interne par : 3, amas pigmentaires et de nombreuses proliférations vasculaires; 4, coupe transversale d'un gros vaisseau de nouvelle formation; 5, corpuscules amylacés (d'après Dürck).

Planche XV. Fig. 2. — *Prolifération de la névroglie* des cordons postérieurs de la moelle épinière dans la paralysie générale (commencement de gliose). Coloration de la névroglie par la méthode de Weigert. Agrandissement : 300. Le réseau de la névroglie est irrégulièrement épaissi, et il conflue à certaines places avec d'épais cordons. — 1, fibres nerveuses; 2, tissu normal de la névroglie; 3, épais cordons de névroglie (d'après Dürck; préparation de Straub).

même que dans l'atrophie cérébrale, chez les alcooliques et chez les cachectiques. Parfois, on trouve un hématome de la dure-mère, une formation d'épaisses fausses membranes, des épanchements sanguins récents, comme le montrent la planche XI et la figure 1 de la planche XV.

3° ***Leptoméningite.*** — La pie-mère et l'arachnoïde cérébrale sont troubles; leur teinte est blanchâtre; elles sont épaissies et présentent souvent des adhérences caractéristiques au niveau des régions pariétale et frontale du cerveau, tandis qu'elles sont libres au niveau des lobes occipital et temporal. Dans certaines régions de l'encéphale, la pie-mère passe comme un pont par-dessus les scissures et les lacunes de l'écorce cérébrale, phénomène qui peut faire croire à l'existence de kystes. Les veines de la pie-mère sont dilatées et fortement congestionnées. Le plexus choroïde est parfois épaissi.

4° ***Hydrocéphalies externe et interne***, telles que la figure 229 en offre un exemple très frappant.

5° ***Atrophie des lobes frontal et pariétal*** représentée par la figure 230 et les planches XII et XIII. L'atrophie des lobes frontal et pariétal s'observe à la surface convexe et à la base du manteau cérébral. L'atrophie se révèle par la diminution du poids du cerveau, qui, souvent, descend au-dessous de 1000 grammes, alors que le poids normal est de 1 360 grammes chez l'homme et de 1 230 chez la femme. Cette diminution du poids du cerveau ne saurait être le signe d'une atrophie *générale.* L'atrophie cérébrale de la paralysie générale n'est pas symétrique; elle ne s'étend pas à tout le cerveau. Elle n'indique pas non plus une atro-

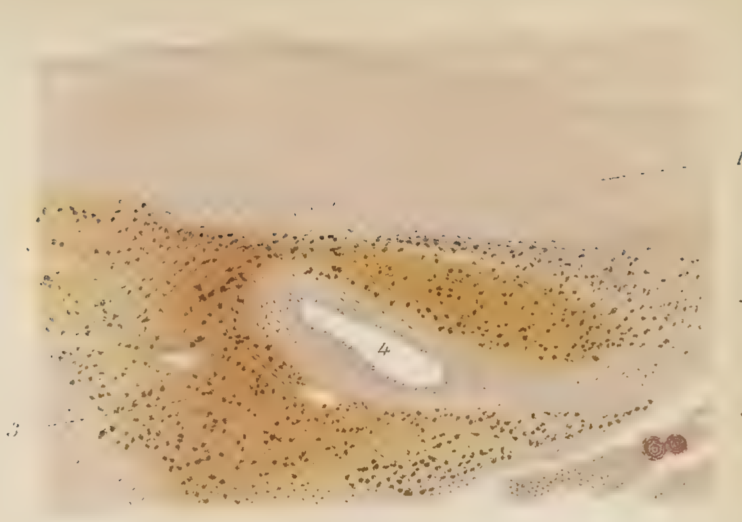


Fig.1.

Fig. 2.

phie de l'organisme en général, car elle se rencontre souvent chez des paralytiques gras, d'un poids corporel très élevé. Les sillons cérébraux sont béants. Les circonvolutions se rétrécissent, et, d'après Kaes, on trouve que le sommet des circonvolutions est plus large que leur base.

6° Dans la substance grise et dans la couche sous-jacente se trouvent assez souvent des *foyers de ramollissement et d'hémorragie*. Parfois les vaisseaux sclérosés viennent faire

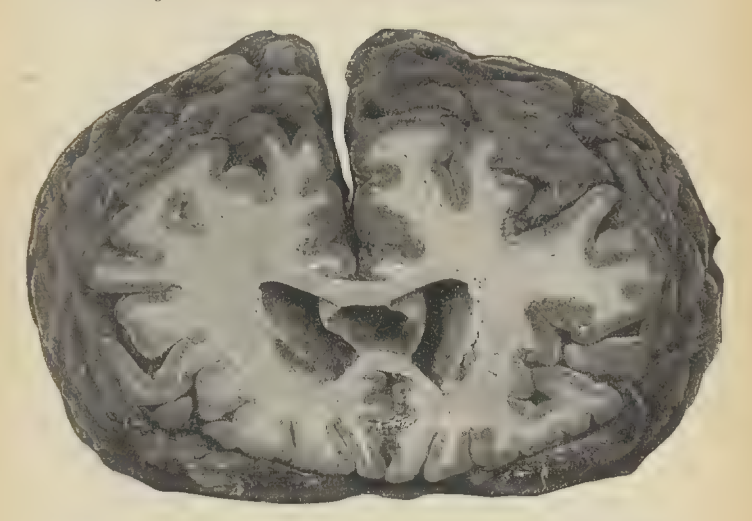


Fig. 229. — Cerveau d'un paralytique général ; coupe frontale faite à travers la tête du noyau caudé. Hydrocéphalie interne ; fort élargissement des cornes antérieures du ventricule latéral et du ventricule du *septum lucidum*.

relief sur la surface des coupes. Cette surface présente souvent un aspect criblé. C'est l'*état criblé* rappelant l'aspect du fromage de Gruyère, qui se produit parfois artificiellement, soit à la suite de ratatinement de la substance cérébrale, soit à cause de gaz qui s'y forment après la mort, soit enfin par suite de la dilatation des espaces lymphatiques adventices déterminée par le processus de sclérose. Quelquefois, on constate d'assez grands hématomes, comme le montre la planche X.

7° L'*épendyme ventriculaire* est souvent couvert de granu-

lations, congestionné et épaissi. La membrane épithéliale se détruit en même temps qu'il se produit une dégénérescence hyaline de la névroglie sous-jacente.

8° La *dégénérescence grise* se constate parfois dans le centre oval, le tronc cérébral, la moelle épinière, les racines spinales et les nerfs périphériques.

L'apparition simultanée des lésions indiquées ci-dessus, aux paragraphes 1, 2, 3, 4 et 5, est considérée par Nissl comme étant caractéristique pour la paralysie générale.

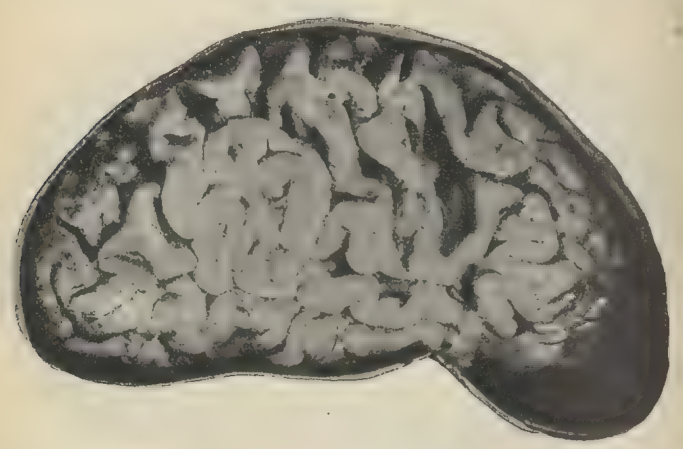


Fig. 230. — Hémisphère droit d'un cerveau de paralytique général, avec des sillons trop larges et le lobe frontal atrophié.

Lésions microscopiques. — 1° La *névroglie* prolifère surtout au niveau de la couche externe de l'écorce cérébrale. Par la méthode de Weigert, on peut démontrer la présence très abondante de filaments névrogliques. Les *mitoses* de certaines cellules de la névroglie témoignent d'une prolifération très active. Cependant, on constate encore plus souvent une division par *amitose*. On observe principalement des *cellules araignées* ou des *astrocytes* qu'on met facilement en évidence par les méthodes de Weigert-Pal ou de Heidenhain. Ce sont des cellules de névroglie dont le corps est muni d'un grand nombre de prolongements. Ces derniers vont en partie rejoindre la paroi des vaisseaux sur lesquels ils prennent appui à

l'aide de petites pattes triangulaires, comme le montre la figure 1 de la planche XVI.

2° Les *cellules de la couche corticale* sont altérées (Nissl) et leur disposition ordinaire est troublée, comme le montre la planche XVII. Les diverses couches cellulaires sont irrégulièrement disposées et contiennent souvent des lacunes. Cependant, c'est seulement dans les cas les plus graves que ce désordre intéresse l'écorce tout entière. D'ordinaire les cellules nobles ne sont pas toutes lésées. Nissl distingue plusieurs degrés de ces lésions : une *altération cellulaire aiguë* avec gonflement du corps et du noyau de la cellule et la mise à nu du cylindraxe; une *atrophie de la cellule* avec disparition des éléments chromatophiles, une *destruction des noyaux cellulaires*; et, lésion particulièrement fréquente, une *altération cellulaire chronique*, comme la *sclérose*, dans laquelle la coloration de la cellule et de son noyau est renforcée, le corps de la cellule ratatiné, le cylindraxe mis à nu et les prolongements cellulaires entortillés. La planche XIX offre plusieurs exemples de ces altérations cellulaires mises en évidence par la méthode de Nissl au bleu de méthylène. D'après Lissauer, on trouve chez les paralytiques généraux présentant des symptômes en foyer une altération de cellules dans les centres correspondants, tandis que les cellules environnantes sont sauvegardées. Dans quelques cellules nobles, on trouve un dépôt pigmentaire et calcaire.

3° Les fibres à myéline et, en particulier, les fibres tangentielles de la couche externe de l'écorce disparaissent (Tuczek). Disparaissent aussi beaucoup de fibres rayonnantes, comme le montre la planche XVIII.

[Pour Tuczeck, Zacher, Schültz, Binswanger, les altérations premières en date seraient celles des fibres nerveuses fines, myéliniques ou amyéliniques, de la couche superficielle de l'écorce, mises en évidence par Tuczeck et retrouvées depuis par Keraval, Targowla, Chaslin. Selon Klippel, dans la paralysie générale, sont détruites aussi bien les fibres tangentielles des régions superficielles de l'écorce cérébrale que les fibres des couches profondes.]

4° Le *réseau gris* de l'écorce cérébrale est souvent gravement altéré. Parfois, on constate que les cellules semblent s'être rapprochées les unes des autres, certainement en raison du ratatinement survenu dans le réseau. Toutefois, l'étude de ce dernier dans la paralysie générale n'est

Planche XVI. Fig. 1. — *Cellules araignées* de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale. Coloration par la méthode de Heidenhain (fer, hématoxyline). Agrandissement : 730. Dans quelques cellules de la névroglie, le corps cellulaire (1) est visible autour du noyau ; quelques filaments névrogliques (2) partent du corps de la cellule et de ses prolongements ; on peut suivre de longues apophyses qui pénètrent jusque dans le tissu noble. Quelques-uns de ces filaments arrivent sous forme de petites pattes triangulaires (3) jusqu'à la paroi du vaisseau (4).

Planche XVI. Fig. 2. — *Prolifération de la névroglie et néoformations fibreuses dans la paralysie générale.* Coloration de la névroglie par la méthode de Weigert. Agrandissement : 380. Cette figure montre des filaments névrogliques en abondance, de même que des noyaux de névroglie. Par places, les filaments (1) se sont condensés jusqu'à former de véritables faisceaux. L'enchevêtrement des filaments est particulièrement intense dans la couche corticale la plus superficielle (2) ; les points qu'on y voit représentent des coupes transversales de ces filaments névrogliques. Un vaisseau sort de la pie-mère pour pénétrer par la couche externe de l'écorce (3).

pas encore possible d'après la méthode des fibrilles d'Apathy et de Bethe.

5° Les *vaisseaux*, ainsi que l'indique la figure 1 de la planche XIX, sont d'ordinaire très altérés. [L'importance des lésions vasculaires dans la paralysie générale a été mise en relief en France par Magnan, Raymond.] Les espaces lymphatiques adventices s'élargissent. Des corpuscules sanguins rouges et blancs émigrent en vertu de la diapédèse. Souvent il existe une endartérite qui se développe au point de boucher complètement les vaisseaux et de donner lieu à une néoformation vasculaire. En outre, on constate souvent la formation de petits anévrysmes. Autour des vaisseaux on trouve des cellules embryonnaires. En même temps se forment les *cellules plasmatiques épithélioïdes* de Marschalko (Voy. p. 118). Vogt et Nissl ont trouvé ces dernières dans 300 cas de paralysie générale, alors qu'on ne les trouve pas dans d'autres psychoses.

6° Dans la couche optique et dans les ganglions centraux, on peut constater des altérations diverses des tissus qui les composent. Dans le cervelet, on trouve des lésions des cellules de Purkinje. Fréquemment on observe des corpuscules amylacés.

[Au sujet de l'origine et de la filiation de ces diverses

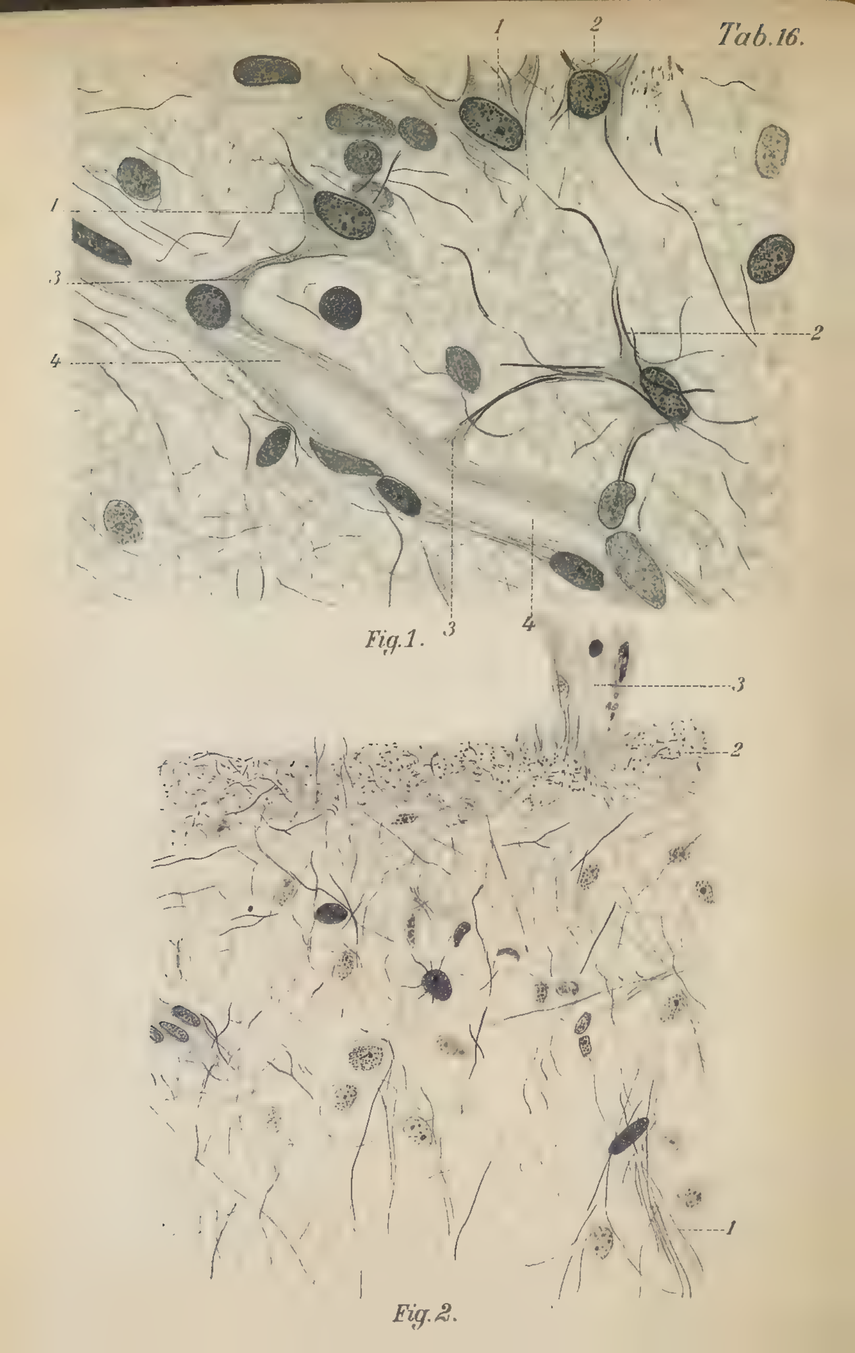


Fig.1.

Fig.2.

lésions du cerveau, les avis des auteurs français diffèrent. Pour les uns (Pierret, Joffroy), la lésion primitive et essentielle de la paralysie générale est une *encéphalite parenchymateuse*. Pour d'autres (Magnan, Christian et Ritti, Gilbert Ballet), la paralysie générale est, au contraire, une *encéphalite interstitielle*.]

7° La moelle épinière présente souvent une dégénérescence systématique de divers faisceaux (Fürstner). Dans 50 p. 100 des cas, les cordons postérieurs et latéraux sont atteints; dans 19 p. 100, les cordons postérieurs le sont seuls et dans 12 p. 100 les cordons latéraux seuls. Dans 11 p. 100 des cas, il n'existe aucune altération de la moelle épinière.

[Dans la plupart des cas on observe des lésions de la moelle épinière chez les paralytiques généraux, bien étudiées en France, entre autres, par Joffroy et par P. Marie.]

8° Les racines de la moelle épinière et les ganglions spinaux sont parfois dégénérés; quelquefois aussi les nerfs périphériques, comme le saphène, le long thoracique, le sciatique. Parmi les nerfs craniens, c'est le nerf optique qui est frappé de dégénérescence le premier en date. [Des lésions de névrite périphérique ont été signalées par Déjerine, Klippel.]

Les autres organes présentent également sur la table de l'autopsie une série d'altérations. En première ligne on trouve souvent de l'artériosclérose analogue à celle du cerveau, de l'athérome de l'aorte.

[Klippel a étudié en 1891 les *lésions viscérales* propres à la paralysie générale : œdème et congestion des poumons, dilatation des capillaires du rein, ischémies partielles du foie.]

Étiologie et pathogénie de la paralysie générale. — Les paralytiques généraux comptent pour 10 à 25 p. 100 dans la population des asiles d'aliénés. Dans certaines contrées, comme la Guyane, l'Islande, ils sont très rares; leur nombre est considérable dans les centres industriels. La paralysie générale suit, indubitablement, un mouvement ascendant. Autrefois, il y avait sept paralytiques hommes pour une paralytique femme; de nos jours, la proportion est de 7 à 2 ou 3. La tare héréditaire est manifeste dans 40 p. 100 au moins des cas. L'alcoolisme entre pour un cinquième dans le nombre total des cas.

Il est incontestable que, dans les antécédents des para-

Planche XVII. Fig. 1. — *Écorce cérébrale dans la paralysie générale.* Coloration au bleu de méthylène de Nissl. Agrandissement : 50. Les noyaux de la névroglie ont augmenté de nombre, surtout dans la couche externe. L'ordonnance des couches cellulaires est troublée. Les cellules présentent des altérations anciennes et récentes : néoformations des vaisseaux et épaississement de leurs parois.

Planche XVII. Fig. 2. — *Écorce cérébrale dans la démence sénile.* Coloration au bleu de méthylène de Nissl. Agrandissement : 50. Les noyaux de la névroglie se sont multipliés ; il existe de nombreuses cellules embryonnaires. Entre les cellules nerveuses se trouvent d'assez grandes lacunes, mais l'ordre des couches cellulaires est conservé dans l'ensemble. Sclérose des cellules. Épaississement des parois vasculaires. Athérome.

lytiques généraux, la syphilis est très fréquente, mais la statistique est à cet égard assez incertaine; les chiffres oscillent entre 40 et 90 p. 100. Il est à noter que, même chez des syphilitiques sans troubles cérébraux, l'interrogatoire sur leurs antécédents ne permet pas toujours de découvrir l'infection. Les constatations anatomiques au niveau de l'encéphale indiquent rarement une syphilis guérie.

En faveur de la syphilis comme cause de la paralysie générale, il existe, à part la statistique, cet autre fait que c'est principalement dans les familles appartenant aux professions dans lesquelles on acquiert souvent la syphilis que l'on observe le plus grand nombre de paralytiques généraux. De plus, chez des femmes paralytiques générales mariées, la transmission de la syphilis par le mari a souvent précédé l'éclosion de la méningo-encéphalite. On sait d'ailleurs que les ménages dans lesquels les deux époux sont paralytiques généraux ne sont pas très rares. Ensuite, chez les paralytiques généraux infantiles, on constate le plus souvent l'existence d'une syphilis héréditaire. Enfin, dans un essai d'inoculation de la syphilis pratiquée en Allemagne sur des paralytiques généraux, il ne s'est produit aucune trace d'infection spécifique. Il y a des contrées, comme le Tyrol, où la paralysie générale ne frappe que des individus immigrés, qui ont déjà parcouru le monde. Le plus souvent, les paralytiques généraux syphilitiques n'étaient que légèrement atteints par l'infection et avaient été insuffisamment traités. La paralysie générale ne paraît nullement être une manifestation tardive de la syphilis elle-même; il faut encore qu'il s'y



Fig. 1. Fig. 2.

joigne autre chose. Möbius considère la paralysie générale, de même que le tabes, comme étant une « métasyphilis ». Kraepelin fait remarquer l'analogie existant entre la paralysie générale et les paralysies post-diphtériques qui surviennent surtout, comme on sait, dans des cas relativement légers de diphtérie. Les antécédents révèlent souvent, parmi les causes de la paralysie générale : l'alcoolisme, l'insolation et la réverbération de la chaleur sur la tête, le surmenage intellectuel. Il s'agit là de facteurs qui affaiblissent le système nerveux. Les traumatismes et la puerpéralité peuvent aussi parfois donner une impulsion provoquant l'éclosion de la paralysie générale.

Quelques cas dont l'évolution ressemble à celle de la paralysie générale et dans lesquels, cependant, la syphilis doit être mise de côté, surviennent à la suite de graves *traumatismes craniens*. D'après Köppen, il s'agit en pareil cas d'une *pseudoparalysie générale traumatique*.

Les constatations anatomiques indiquées plus haut ne suffisent pas pour porter un jugement sur la nature et la pathogénie de la paralysie générale. Quelques auteurs (Mendel) admettent comme cause première un processus interstitiel. D'autres (Binswanger) sont partisans de la dégénérescence cellulaire. Kraepelin penche pour la conception en vertu de laquelle la paralysie générale serait une auto-intoxication, intéressant, outre le cerveau, l'organisme tout entier. Cette opinion semble être confirmée par la présence de désordres physiques nombreux, tels que l'élévation de la température, les troubles trophiques, la fragilité des os. Elle est corroborée aussi par ce fait que les accidents psychiques surviennent chez le paralytique général *en masse*, ce qui arrive souvent sous l'influence de la plupart des poisons.

Traitement de la paralysie générale. — A part la prophylaxie générale commune à toutes les psychoses, il y a lieu, en ce qui concerne la paralysie générale, de prendre en considération toute particulière la protection contre l'infection syphilitique et le traitement très attentif de la syphilis acquise. Le syphilitique doit se garder avec soin de tout surmenage physique et intellectuel; il doit surtout éviter l'alcoolisme. Une fois la paralysie générale diagnostiquée, le traitement du malade dans sa famille n'est possible que dans des cas de démence paralytique simple sans délire; mais, dans les autres cas, le

Planche XVIII. Fig. 1. — *Écorce cérébrale.* Coloration des gaines de myéline d'après la méthode de Weigert. Agrandissement : 50.

Planche XVIII. Fig. 2. — *Écorce cérébrale d'un paralytique général.* Coloration de gaines de myéline d'après la méthode de Weigert. Agrandissement : 50. Les fibres tangentielles sont pour la plupart détruites ; les fibres de projection le sont en partie.

placement dans un établissement s'impose pour plusieurs raisons : idées et tentatives de suicide, refus de nourriture, excitation. Toute préoccupation d'affaires, toute fatigue doivent être évitées.

Le traitement antisyphilitique reste généralement sans succès et détermine parfois une aggravation rapide. On ne peut risquer un essai de ce traitement que dans les cas de syphilis cérébrale. L'hydrothérapie tiède peut agir d'une manière calmante. La vie régulière de l'établissement détermine un certain calme chez des paralytiques généraux excités.

Pendant la rémission, il est possible parfois de confier le malade aux soins bien réglés de sa famille ; à condition toutefois qu'il s'abstienne de toute occupation impliquant une responsabilité.

Pour le reste, il s'agit de faire de la thérapeutique symptomatique, en combattant l'agitation nocturne, la tendance au suicide, le refus de nourriture et le gâtisme.

La vessie et le rectum réclament une surveillance infatigable, parce que leur évacuation insuffisante peut occasionner des *ictus*. Le *repos au lit* diminue le danger d'ictus. Dans le cas de poussées congestives vers la tête, on recommande l'usage de l'ergotine (de 0gr,30 à 1 gramme).

Contre l'ictus une fois produit, on emploie la vessie de glace, des injections d'éther camphré, des lavements d'hydrate d'amylène (4,0), des injections hypodermiques d'une solution physiologique de sel de cuisine, des sangsues, des diaphorétiques, des diurétiques, du calomel. Dans les cas de déglutition difficile, on emploie avec précaution l'alimentation par la sonde œsophagienne.

Contre les escarres, le moyen prophylactique le plus important est la propreté du malade, la régularisation de ses évacuations, ainsi que l'emploi d'une couche sèche et sans plis. Les régions de la peau menacées d'escarres doivent être lotionnées avec de l'eau chaude additionnée d'un

Fig. 1.

Fig. 2.

peu d'alcool; de plus, le paralytique couché doit être aussi souvent que possible changé de côté. On se sert souvent de matelas de mousse, de coussins à air ou à eau. Le point le plus important de ce traitement est d'avoir constamment à son service un personnel de gardes-malades pour surveiller attentivement les menaces d'escarres. Si la gangrène par compression s'est déclarée, les bains tièdes, à 35°, de longue durée (12 heures), comme chez le paralytique général représenté par la figure 225, sont plus efficaces que le traitement à l'aide des pansements antiseptiques; ces derniers ne seront employés que si le malade ne peut rester pendant la nuit dans le bain. Malgré tout, certains cas d'escarres résistent aux soins les plus minutieux.

Médecine légale.

La paralysie générale, par la démence qui la caractérise, peut soulever de nombreuses questions médico-légales. Ces problèmes se rattachent souvent à une fausse comptabilité, à une banqueroute frauduleuse, à des délits contre les mœurs, à des attentats à la pudeur sur des enfants, à la pédérastie, au vol, à des injures ou à la rébellion. La plupart du temps, la constatation de l'état pathologique de l'inculpé, au moment où l'acte délictueux a été commis, ne présente aucune difficulté.

Au point de vue de la *capacité civile*, la paralysie générale a une importance capitale. Assez souvent se produisent, sous l'influence de cette affection, des faillites, des spéculations ruineuses, des achats et des contrats absurdes, qui eussent été évités par une interdiction prononcée à temps. Diverses autres questions peuvent être soulevées, comme, par exemple, la capacité de commerce au moment d'une commande, la reconnaissance de dette, la signature d'une lettre de change, la rédaction d'un testament. La paralysie générale nécessite la nomination d'un conseil judiciaire ou l'interdiction.

[C'est surtout la première période de la paralysie générale qui est riche en toute sorte d'incidents délictueux; aussi l'a-t-on appelée la période « médico-légale » de la méningo-encéphalite. Outre les troubles de la motilité, l'expert constatera en pareil cas que les actes incriminés présentent dans la manière dont ils ont été exécutés un caractère de faiblesse intellectuelle et d'imprévoyance tout

Planche XIX (toutes les figures sont préparées d'après la méthode de coloration au bleu de méthylène de Nissl). **Fig. 1.** — *Vaisseau de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale.* Agrandissement : 380. *a*, cellules plasmatiques de Marschalko; *b*, cellule graisseuse de Ehrlich ; *c*, lymphocytes ; *d*, cellules de l' « endartère ».

Planche XIX. Fig. 2. — *Altération chronique de la cellule dans la paralysie générale.* Agrandissement : 380. La cellule est un peu ratatinée ; la substance non colorable à l'état normal se trouve colorée ; toute la coloration devient plus homogène, le noyau prend de la couleur et devient ovale, le cylindraxe devient transparent. Beaucoup de prolongements sont conservés.

Planche XIX. Fig. 3. — *Sclérose de la cellule dans la paralysie générale.* Agrandissement : 380. La cellule est fortement ratatinée, colorée d'une manière intense et homogène ; le noyau peut encore à peine se reconnaître, les prolongements sont entrelacés, le cylindraxe est transparent.

Planche XIX. Fig. 4. — Destruction granuleuse d'une cellule pyramidale. Agrandissement : 380. La substance non colorable se colore, perd ses contours ; le noyau devient triangulaire; autour de lui se produit un vide. La partie périphérique de la cellule se détruit; une partie de la gaine péricellulaire devient visible. L'axone devient transparent.

Planche XIX. Fig. 5 et 6. — Pénétration de cellules embryonnaires dans le corps de la cellule nerveuse (cerveau d'un épileptique).

Planche XIX. Fig. 7. — *Mitose* apparente d'un noyau de névroglie dans la paralysie générale. Agrandissement : 1200. Bande de noyaux et deux centrosomes; autour, un espace clair transparent. Stade du début de la formation de la cellule névroglique fille.

à fait puérile, en plein contraste avec la manière d'être antérieure du sujet. S'agit-il des vols dans les grands magasins, le médecin constatera qu'ils ont été commis avec la plus grande maladresse, au vu de tous les assistants, sans la moindre précaution pour les dissimuler, sans aucun mobile plausible, sans but précis d'utiliser les objets volés, sans appréciation de la valeur souvent minime de ces derniers, sans aucune conscience, enfin, de la gravité de l'acte. S'agit-il des faux en écritures, on sera frappé de l'inhabileté grossière du faussaire, des omissions qui ne peuvent s'expliquer que par la démence de ce dernier.

Les rémissions qui surviennent au cours de la paralysie générale soulèvent souvent de grandes difficultés médico-légales, surtout quand des questions d'intérêt sont en jeu.

Tab.19.

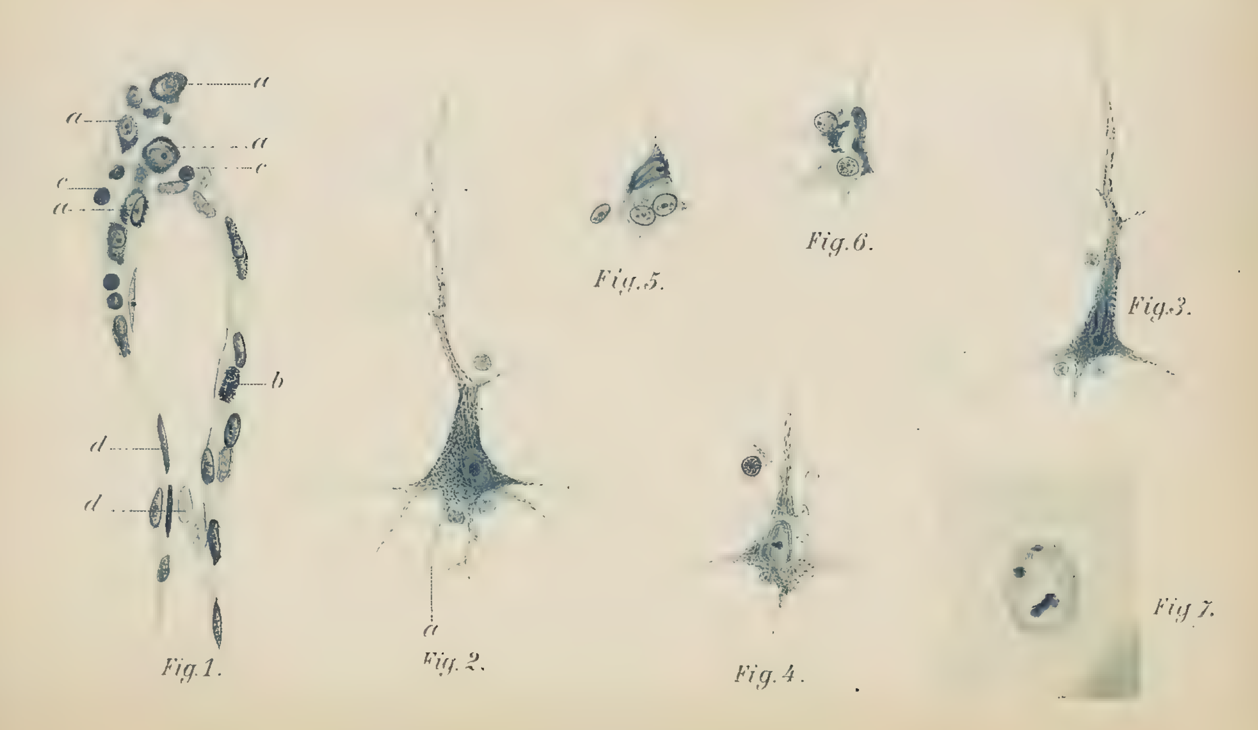


Fig.1. Fig. 2. Fig.5. Fig.6. Fig.3. Fig. 4. Fig 7.

Des héritiers trop pressés, des associés désireux d'être seuls les maîtres d'une entreprise industrielle ou financière, protestent contre la valeur de ces rémissions qui s'accompagnent de la disparition complète des idées délirantes, d'une atténuation considérable des troubles moteurs, d'une amélioration sensible de toutes les fonctions intellectuelles. En pareil cas, il faut tenir compte du degré d'amélioration, de sa durée, de l'imminence toujours possible d'une rechute, avant de se prononcer sur la mise en liberté du malade et sur la levée du conseil judiciaire ou de l'interdiction.]

XX. — PSYCHOSES D'INVOLUTION

A l'époque du retour d'âge ou de l'involution sénile d'*ordre physique* ne correspond pas toujours une diminution égale dans le domaine des fonctions psychiques. On constate assez souvent que la capacité de production intellectuelle, même hors ligne, se maintient quelquefois jusqu'à quatre-vingt-dix ans et même plus tard (le Titien, Gœthe, Gladstone, Verdi). Pourtant, chez d'autres grands hommes (Kant) l'âge avancé est marqué, au point de vue intellectuel, par un marasme psychique. Il n'en est pas moins vrai que, d'une façon générale, la vivacité de l'esprit diminue après la cinquantaine.

L'involution physique atteint les divers systèmes organiques à des époques différentes, à des degrés inégaux d'intensité. L'état général de l'individu ne réagit pas toujours de la même façon à ces modifications, mais, parmi ces dernières, les altérations pathologiques des vaisseaux sanguins exercent une influence profonde sur l'économie en général et sur le système nerveux central en particulier.

A côté de toutes ces altérations séniles qui se produisent lentement et progressivement, la ménopause produit dans l'organisme de la femme une révolution beaucoup plus forte. C'est donc aussi pour l'état psychique de la femme une époque réellement critique. Pendant cette phase de la vie, certaines psychoses peuvent éclater ou s'aggraver chez elle. Mais la ménopause est avant tout un moment de prédilection pour l'apparition des psychoses d'involution sénile. Cependant, même chez l'homme, s'établissent aussi quelquefois, vers l'âge de cinquante à

soixante ans, des troubles psychiques. Nous pouvons diviser les psychoses du rétour d'âge en : 1° *mélancolie d'involution*, correspondant à l'âge climactérique et survenant principalement chez les femmes, entre quarante et soixante ans ou même plus tard; plus rare chez les hommes, qui ne la contractent guère d'ordinaire qu'après la cinquantaine; 2° *psychoses ou délires séniles* qui peuvent se présenter en clinique sous diverses formes.

A. — MÉLANCOLIE D'INVOLUTION

Cette psychose se caractérise par une tristesse anxieuse bien représentée par la figure 231, une lassitude de vivre et les diverses conceptions délirantes, de nature mélancolique. Le début est lent, insidieux.



Fig. 231. — Mélancolie d'involution. Vive anxiété.

Le syndrome dure de six mois à plusieurs années en présentant, au point de vue de son intensité, quelques légères oscillations.

La compréhension est bien conservée dans l'ensemble; pourtant, on constate parfois des perceptions chimériques de diverse nature. Ainsi, dans le bruit fait par leur entourage, les malades croient entendre crier leurs enfants. Chez eux, tout leur semble changé ou disposé de travers. L'attention des malades est en général assez active; ils sont ordonnés; leur faculté d'orientation est souvent bonne. L'association des idées n'est pas altérée à fond; la mémoire et les connaissances acquises sont, la plupart du temps, assez bien conservées. Il est très rare aussi que leur conscience soit abolie ou pervertie.

Leur trouble mental le plus profond est dans le domaine de la *sensibilité affective*. L'humeur de ces sujets est profondément triste. Rien ne leur fait plus plaisir. Ils sont surtout tourmentés souvent par une *angoisse* intense. Ce n'est pas seulement un sentiment vague de déplaisir comme dans la dépression mélancolique des intermittents ; leur souffrance morale est plus précise, plus motivée. Ils ont peur d'un danger imaginaire. Ils réclament de l'aide, en criant : « J'ai peur à mourir, à mourir ! » La conscience de l'état morbide est très prononcée : « J'étais la plus intelligente à l'école, et maintenant je suis la plus bête ! » disait une malade. La *physionomie* exprime l'anxiété, comme le montre la figure 231.

Les yeux regardent fixement, sans éclat, en suivant deux lignes parallèles dans l'espace. A l'état de calme, le front



Fig. 232. — Mélancolie d'involution. — Tristesse. Contraction du muscle frontal.

est ridé en plis transversaux par la contraction du muscle frontal, comme le montre la figure 232.

Dans un état de lamentation anxieuse on constate le plus souvent l'existence des rides verticales, par contraction du muscle sourcilier, ainsi qu'on peut le voir à la

figure 234. Souvent on trouve à la fois des rides verticales et transversales formant une sorte de T, comme le montrent les figures 231 et 233. Quand les malades sont calmes, les coins de la bouche sont abaissés, la lèvre supérieure semble comprimée ; au contraire, quand les sujets

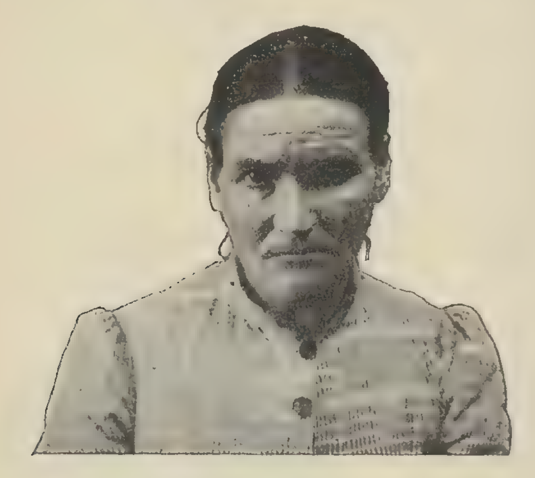


Fig. 233. — Mélancolie d'involution. — Anxiété. Rides frontales en forme de T.

gémissent et pleurent, les coins de la bouche ouverte sont relevés, ainsi que le montre la figure 234.

Dans presque tous les cas se développent des *idées délirantes dépressives*, à formes diverses. Le plus fréquent est le *délire hypocondriaque*. Les malades disent qu'ils ne redeviendront jamais bien portants, qu'ils perdent la raison, qu'ils sont consumés intérieurement. Très caractéristique aussi est le *délire de culpabilité*. Les sujets s'accusent de toutes sortes de péchés : ils ont trop dansé dans leur jeunesse ; ils ont ri à un enterrement. Un homme se reprochait d'avoir demandé, la veille, un petit pain et un morceau de sucre. On observe souvent le *délire de persécution*, au cours duquel les malades tiennent des propos dans le genre de celui-ci : « L'exécution va se faire bientôt, on va me condamner au bagne, on a mis du poison dans les aliments. » Vient ensuite le *délire de la pauvreté*, dont

même des millionnaires sont quelquefois affectés : ce délire, manifestation initiale fréquente de la psychose d'involution, est exprimé ainsi : « Bientôt tout va être vendu; la famille va être réduite à la misère. » On observe encore le *délire consistant à rattacher tout à sa personne* : un malade prend peur en voyant qu'un homme est envoyé faire une commission; il rattache ce fait à lui-même et croit qu'il est responsable de tout dans la maison.



Fig. 234. — Mélancolie d'involution. Contraction du sourcilier. Rides de la douleur morale.

Dans le *délire d'explication* ou *d'interprétation*, les sujets croient savoir exactement à quoi tient leur état morbide; la cause est un péché de jeunesse, [une première communion mal faite, des pratiques d'onanisme], les manœuvres d'une bohémienne sorcière. Le *délire d'humilité* pousse le sujet à dire qu'on va bientôt le chasser et qu'il lui faudra aller nu-pieds ; aussi, pour s'habituer au froid, il laisse pendre ses pieds hors de son lit. Un autre ne veut plus qu'on l'appelle « Monsieur ». Une femme affirme qu'elle ne doit plus vivre qu'en mangeant des pommes de terre. Les *idées délirantes de négation* [bien étudiées en France par Cotard] sont très communes dans certaines psychoses d'involution. Tout est changé pour les malades, tout est détruit. Tous les hommes, disent-ils, sont morts. Le sujet affirme qu'il est seul au monde; que ce dernier n'est plus

qu'un grand désert; que lui-même ne vit plus; qu'il n'a pas de nom; qu'il n'a plus de membres; qu'il n'y a plus rien. Le *délire de possession* démoniaque s'observe encore quelquefois. Le diable a pris possession du malade qui veut qu'on l'appelle désormais «démon». Cette forme se complique parfois d'un *délire de métamorphose* ou de *métempsycose* : le sujet se croit changé en chien de l'enfer, en bête féroce, comme la malade représentée par la figure 235. On observe parfois, en même temps que ces divers délires dépressifs, des *idées de grandeurs*; c'est ainsi qu'une malade croyait qu'on la rôtissait dans une casserole en argent; une autre prétendait savoir faire des miracles.



Fig. 235. — Mélancolie d'involution. — Délire de métempsycose. Conformément à ce délire, la malade veut se donner l'apparence de bête féroce.

Plus l'affection se rapproche de l'âge sénile, plus les idées délirantes deviennent nombreuses, incohérentes et confuses. L'opinion de Griesinger, d'après laquelle les fausses conceptions sont le résultat de la réflexion du malade essayant d'expliquer son état d'humeur, ne peut guère se justifier, puisque beaucoup de sujets luttent contre leurs

idées délirantes. D'ailleurs, lorsque ces dernières sont très nombreuses dans les psychoses séniles, l'état émotif est moins profond, moins expansif, moins dangereux aussi par ses réactions que dans les psychoses plus simples, moins riches en conceptions délirantes.

C'est précisément dans les psychoses d'involution que s'observe la *tendance au suicide*, qu'il importe de bien rechercher au point de vue pratique. Même dans les cas en apparence légers, cette tendance est fort prononcée ; il faut d'autant plus y songer que les malades cherchent quelquefois à la dissimuler par un sourire forcé ou une attitude gaie. Les sujets ne s'intéressent plus, en réalité, à rien; ils ne veulent plus rien savoir de leur famille, de leur profession. Certains malades restent assis, plongés dans leur tristesse, ne s'occupant que d'eux et guettant une occasion pour se suicider. D'autres sont plus anxieux, agités, crient au secours, poussent des rugissements, se désespèrent. Cette dernière forme constitue la *mélancolie anxieuse* au cours de laquelle on voit se produire tout à coup des accès subits d'agitation avec trouble de la conscience et quelquefois tendances à se blesser: c'est le *raptus mélancolique*. Quelques-uns veulent, par le travail, expier leurs péchés, et se mettent, par exemple, à tricoter avec rage.

On observe rarement des phénomènes cataleptiformes. Le sommeil est généralement mauvais. Les malades ont quelquefois des vertiges et présentent parfois une paresse des réactions pupillaires, une hémiparésie faciale, des troubles cardiaques, une faiblesse du pouls, du refroidissement des extrémités, de la constipation.

Le *poids du corps* diminue, parce que les malades mangent peu avec l'intention de se laisser dépérir. Une malade avait maigri, en deux mois, de vingt-neuf livres.

Il importe d'établir le *diagnostic* de la mélancolie d'involution aussitôt que possible, à cause des idées et tentatives de suicide et de la nécessité de l'internement qui en résulte. Il faut songer à la dissimulation des idées de suicide. Bien des sujets emploient des subterfuges, des prétextes et, pour éloigner d'eux l'attention de l'entourage, ils disent qu'ils souffrent un peu de nostalgie ; ils se forcent même à rire et à chanter.

Au point de vue du *diagnostic différentiel*, la distinction, surtout chez les femmes, des psychoses d'involution d'avec

les *formes délirantes de la paralysie générale* est souvent très difficile. Dans cette dernière affection, la sensibilité émotive est moins vive, la mémoire est plus affaiblie; il y a ensuite des signes physiques qui surviennent peu à peu. Les états de dépression de la *folie intermittente* présentent un arrêt dans les fonctions psychomotrices et dans l'association des idées ; les idées délirantes y sont rares ; de temps à autre, on y constate des symptômes d'ordre maniaque ; ensuite les accès y évoluent d'une façon périodique et leur début remonte le plus souvent à l'âge de la puberté, rarement à l'âge d'involution. La *démence paranoïque*, avec la dépression qui la caractérise, peut parfois donner lieu à des méprises ; mais la sensibilité émotive est moins profondément atteinte ; les hallucinations y sont souvent beaucoup plus abondantes ; il se produit d'ordinaire du négativisme et des tics. Enfin, la *mélancolie constitutionnelle* doit aussi entrer en ligne de compte ; bien que celle-ci représente un état permanent qui dure toute la vie, elle se caractérise par un degré plus accusé de dépression et par moins d'inquiétude ; de plus, elle n'offre guère d'idées délirantes.

Pronostic. — Les deux cinquièmes des cas de la mélancolie d'involution se terminent par la guérison. Dans les autres, la mort survient par suicide ou par épuisement ; ou bien il reste, d'une manière permanente, un léger état d'*affaiblissement intellectuel* avec dépression mélancolique comme c'est le cas de la malade représentée par la figure 236. Même dans les cas de guérison, il peut se produire une récidive. Plus le malade se rapproche de l'âge sénile, plus les idées délirantes sont abondantes et incohérentes, plus aussi la durée de l'affection est longue et le pronostic plus ingrat. Une mélancolie d'involution, même dans les cas les plus favorables, dure rarement moins de neuf mois.

Traitement. — L'*internement* aussi précoce que possible est rendu indispensable par la menace du suicide. A l'asile, les malades doivent être gardés au lit et surveillés jour et nuit. Les *visites* et les *distractions* exercent sur les malades un effet défavorable, mais le bruit qui peut se produire autour d'eux ne les incommode que fort peu. La nourriture doit être abondante. Parfois l'emploi de la *sonde œsophagienne* devient nécessaire. Fréquemment, il faut régulariser les selles à l'aide des lavements. On favo-

risera le sommeil par des grands bains, des bains de pieds chauds, des compresses humides sur le bas-ventre ou sur les membres inférieurs. On ne peut guère éviter l'usage des narcotiques comme le paraldéhyde, l'hydrate d'amylène, le chloralamide, le trional, le sulfonal. Bien des fois, l'anxiété mélancolique s'atténue par l'emploi prolongé de l'opium. Ce traitement, qui doit se faire constamment sous la surveillance du médecin, peut commencer



Fig. 236. — Mélancolie d'involution. — Période terminale. Léger affaiblissement intellectuel.

par l'administration de 10 gouttes de teinture d'opium, trois fois par jour; la dose quotidienne peut augmenter progressivement à 90 et même à 180 gouttes. Si l'effet favorable est obtenu, on doit ensuite aller en rétrogradant lentement. Une brusque interruption des doses d'opium doit être évitée. On a aussi recommandé la morphine, les préparations bromurées, le paraldéhyde (1 à 2 grammes toutes les deux heures). Quand l'amélioration commence à se manifester, on doit chercher à occuper les malades, en ayant naturellement soin d'éviter de leur mettre entre les mains des instruments dangereux, tels que ciseaux, par exemple. Il ne faut pas trop hâter la sortie définitive des malades; il est utile d'attendre l'époque où ces derniers acquièrent une conscience complète de l'affection dont

ils viennent d'être atteints et où ils retrouvent leur poids normal.

B. — DÉMENCE SÉNILE

Les cas qui se rattachent à cette forme de démence ne sont pas homogènes. Leur délimitation exacte dépend entièrement des progrès de l'histologie pathologique. Il n'est pas possible parfois de distinguer cette affection de la mélancolie d'involution, surtout lorsqu'elle se manifeste vers l'âge de soixante ans. Plus le début de la démence s'éloigne de l'âge d'involution, plus l'élément dépressif passe à l'arrière-plan. D'ordinaire, on constate des symptômes qui rappellent la psychologie normale du vieillard : diminution de l'activité intellectuelle, méfiance d'idées nouvelles, tendance à l'apologie des temps passés, à l'égoïsme, à l'avarice; attachement aux choses d'utilité immédiate, comme le repas, le bon fauteuil, la pipe; jugement plus bienveillant, mais moins pénétrant; relâchement de la volonté; tendance au radotage.

Dans la démence sénile, la *compréhension* devient plus faible; les illusions sont fréquentes, surtout dans l'acte de reconnaître les personnes. Surviennent ensuite assez souvent des hallucinations et des troubles sensitivo-sensoriels de diverses sortes. Le sujet sent des vapeurs chaudes, entend des voix, aperçoit pendant la nuit des étrangers dans la chambre. Tout paraît changé au malade; tout a l'air, pour lui, d'être autrement que jadis.

Des conceptions délirantes viennent s'ajouter dans certaines formes de la démence sénile. Les idées hypocondriaques, notamment, ne sont pas rares. Une femme se plaignait, par exemple, d'être comme vidée, de ne plus aimer son mari; elle disait que son cerveau était tombé, que ses oreilles étaient enflées et bouchées, que ses yeux étaient affaiblis. Très souvent, on observe aussi des idées de persécution. Une démente sénile, avec idées de persécution, représentée par la figure 241, disait, pour expliquer les voix qu'elle entendait, qu'on avait loué la maison occupée par elle à deux locataires différents. Des interprétations fausses, des explications délirantes, des idées de métamorphose peuvent se manifester ici comme dans la mélancolie d'involution. La plupart des sujets ont conservé leur faculté d'attention, qu'il est possible de

fixer chez eux, du moins pour quelque temps. L'*association des idées* est un peu relâchée ; les notions énoncées ne sont pas appuyées sur des arguments précis. Ainsi, les malades reconnaissent un objet, mais n'en peuvent dire le nom ; ou, s'ils entendent quelque chose, ce n'est que plus tard qu'ils se rappellent comment ce quelque chose est fait. Il y a là une sorte de *dissociation* des idées. Quelques déments séniles se plaignent d'avoir comme une fuite d'idées : « Ma pensée, dit l'un d'eux, est tantôt ici, tantôt là ; tantôt je suis chez moi, tantôt ailleurs. »

La *mémoire* est la faculté le plus profondément altérée. Avant tout, la *faculté de remarquer* et le *souvenir des impressions récentes* sont souvent si diminués que les sujets ne savent plus s'ils ont dîné, si c'est le matin ou le soir. Il ressort des expériences de Schneider (qui présentait à plusieurs déments des objets, puis leur demandait, quelques secondes après, ce qu'ils avaient vu) qu'après une pause de cinq secondes, 75 p. 100 donnaient une réponse exacte; après trente secondes 25 p. 100 pouvaient répondre convenablement ; enfin, après une pause plus longue, il ne restait plus rien dans la mémoire d'aucun dément sénile. Les impressions *anciennes* remontant à la jeunesse se maintiennent beaucoup mieux. Des malades de quatre-vingts ans se rappellent encore les noms de leurs condisciples. Il est vrai que la faculté du jugement est si affaiblie qu'il n'est guère possible d'appliquer utilement ces provisions de la mémoire. L'*orientation* dans le temps est extrêmement défectueuse ; il arrive que des malades parlent parfois de l'époque où ils allaient à l'école comme s'ils la fréquentaient actuellement. Ils sont, en même temps, très *suggestibles*. Quand on leur demande, par exemple, s'ils ont été chez leur grand'mère dans la journée, ils répondent tranquillement « oui » et cherchent à raconter quelque chose sur cette visite. Dans une légère excitation, on observe quelquefois un *délire confus*, avec un trouble profond de la conscience. Parfois aussi les malades restent assis, en *stupeur*, et ne perçoivent plus rien de leur entourage. Mais on n'observe pas, chez ces déments, des affirmations absurdes contraires à toute évidence, comme chez les paralytiques généraux ou les catatoniques. Si on leur dit, par exemple, que la neige est noire, et qu'un meurtrier mérite une récompense, ils protestent, cherchent à rectifier et à expliquer leurs asser-

tions, en disant, par exemple, ceci : « Quand la neige reste longtemps sur le sol, elle devient noirâtre », ou bien ils prennent ces diverses affirmations pour une plaisanterie. Les malades inventent très fréquemment toutes sortes d'histoires. Ils cherchent à dissimuler l'embarras où les jette leur manque d'attention. Quelques-uns font de longs récits d'aventures et de voyages. Chez d'autres, comme chez le dément sénile représenté par la figure 237, domine une gaieté niaise.



Fig. 237. — Démence sénile. — Gaieté niaise.

Souvent on constate une légère excitation avec préoccupations et insomnie. Habituellement, les malades sont indifférents, passifs, inertes. Comme symptôme initial, on peut constater parfois une légère excitation sexuelle, particulièrement chez les hommes. De temps en temps on voit des sujets, d'ailleurs paisibles, entrer tout à coup dans une vive colère, réclamer leur liberté, et devenir même agressifs. Une démente sénile frappait encore les personnes de son entourage cinq minutes avant sa mort.

Les *sentiments affectifs* sont effacés ; la physionomie est inquiète, parfois déprimée, mais ne diffère guère de celle qu'on observe habituellement chez les vieillards.

Les propos sont corrects dans leur forme, mais dénotent d'ordinaire, quant au fond, l'affaiblissement intellectuel. Il n'est pas rare de constater le besoin de parler, se manifestant par un bavardage filandreux. L'articulation de la parole est parfois dénuée de netteté. La marche révèle le tremblement sénile.

Dans l'*état physique* de ces malades, il y a lieu de tenir grand compte des signes de la sénilité. L'artériosclérose,

notamment, est très fréquente chez eux. On peut constater chez eux des vertiges, des céphalalgies, des troubles par lésions cérébrales localisées, comme les hémiplégies ou les monoplégies, de l'inégalité pupillaire avec absence des réflexes ou myosis, faiblesse des sphincters vésical et rectal.

Le tremblement des mains s'étendant parfois aussi à la tête, est fréquent chez les déments séniles.

Beaucoup de ces malades ressemblent à des séniles physiologiques. La figure 238 en offre un exemple. Au premier plan de leur état mental se trouve l'*affaiblissement de la mémoire*, sans autres complications qu'un peu d'agitation motrice, quelques troubles sensoriels, une légère confusion mentale sans idées délirantes.



Fig. 238. — Démence sénile simple, sans délire.

L'excitation et la désorientation augmentent parfois jusqu'à devenir un véritable *délire*. Les malades paraissent préoccupés, ils se roulent dans leurs draps de lit, font des paquets, comme la femme que représente la figure 239. Puis, ils s'imaginent qu'ils voyagent, qu'ils ont mille choses à faire; ils ont des colloques avec des personnages imaginaires ; ils demandent de l'argent aux voisins et se mettent en colère quand on ne souscrit pas à leurs désirs. Finalement, ils font entendre des propos incohérents, une sorte de bégaiement rythmique jusqu'à ce que, par suite d'un affaiblissement général, survienne la mort. Il en est d'autres qui, après une phase assez courte d'inquiétude, tombent dans un état de stupeur, avec confusion démentielle, qui se maintient jusqu'à la mort, comme ce fut le cas de la malade représentée par la figure 240 : sa mémoire disparaissait, elle était triste ; puis elle devint paraphasique, malpropre, gâteuse ; elle

restait là les yeux fermés, avalant tout ce qui lui tombait sous la main, et voulait même avaler du savon ; çà et là elle poussait des sons inarticulés; malgré une bonne nutrition, les forces disparurent et la mort survint.



Fig. 239. — Démence sénile. — La malade fait des paquets avec les objets de son lit et prétend partir en voyage.

Parfois, à côté de l'affaiblissement intellectuel, on trouve des idées mélancoliques.

Dans toute une série de cas de démence sénile, on trouve, au premier plan du tableau clinique, des idées délirantes, plus ou moins systématisées, surtout dans le sens de la persécution, de sorte que quelques auteurs ont pu parler d'un *délire de persécution sénile* ou d'une *paranoia sénile*. Peu à peu, on voit la méfiance des malades augmenter envers leur entourage. Dans leur esprit naissent toutes sortes de soupçons. Les infirmités dues à l'âge sont attribuées à la mauvaise influence exercée par d'autres personnes. Les malades s'isolent, ne parlent plus guère et font seulement des allusions à leurs idées délirantes. Une démente, représentée par la figure 241 retira son argent de la caisse d'épargne et le cacha ; elle écoutait le long des maisons du voisinage, s'emportait contre les voisins et cherchait à leur nuire ; elle disait qu'il y avait du poison dans ses aliments, qu'on lui avait changé ses vêtements et que son fils avait perdu un testicule.

Des hallucinations peuvent se produire. Un malade entendait des grenouilles coasser, sentait un courant électrique dans son oreille, avait de la « poudre de chloroforme » dans la bouche. Souvent, les sujets ne reconnaissent pas les personnes de leur entourage. L'orientation est généralement défectueuse.

Les sujets conservent d'ordinaire leur faculté d'atten-



Fig. 240. — Démence sénile. — Stupeur et confusion mentale.

tion et produisent extérieurement l'impression de personnes normales. Seule, l'humeur inquiète et surexcitée se révèle dans leurs traits contractés. Leurs idées délirantes deviennent de plus en plus tristes et confuses ; ils ne sont plus bien nulle part ; ils ne reconnaissent plus personne ; de temps à autre, ils émettent quelques idées mélancoliques ou de persécution, jusqu'à ce que la mort mette fin à une démence de plus en plus profonde.

Diagnostic. — La *paralysie générale*, avec laquelle on pourrait confondre certaines psychoses d'involution, est rare après soixante ans. D'autre part, les divers signes physiques et, en particulier, les troubles de la parole sont décisifs pour la paralysie générale. Les *troubles*

Planche XX. — Démence sénile. Cerveau d'une femme de quatre-vingt-dix ans, aux trois quarts de la grandeur naturelle. A droite, la pie-mère présente un léger trouble diffus; atrophie générale; circonvolutions amincies; sillons béants.

mentaux post-apoplectiques se caractérisent par des symptômes dus à des lésions en foyer. Les accès de *folie intermittente* peuvent survenir au cours de la démence sénile. En raison de sa faible résistance, le vieillard peut être frappé du *delirium tremens*, même en usant modérément de l'alcool. Dans la sénilité précoce, la psychose d'involution peut débuter déjà dès la soixantième année, quoique habituellement elle ne se manifeste que plus tard, vers soixante-cinq, soixante-dix ans.



Fig. 241. — Démence sénile avec idées de persécution.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie, on peut trouver de l'épaississement des os du crâne, de l'hydrocéphalie et parfois de la pachyméningite. La leptoméningite est généralement peu prononcée, mais étendue à tout le cerveau. L'atrophie intéresse l'écorce cérébrale tout entière; elle est ici plus accusée que dans la paralysie générale. Le cerveau d'une démente sénile de quatre-vingt-dix ans, qui est représenté à la planche XX, pesait seulement 862 grammes.

Le poids de l'encéphale est ordinairement diminué d'un sixième. Les cellules nerveuses sont ici plus altérées que dans la paralysie générale. On trouve souvent une lésion ancienne, une sclérose des cellules, mais quelquefois aussi une altération récente représentée par une abondante pigmentation. L'ordre des couches cellulaires de l'écorce cérébrale n'est pas aussi troublé que dans la



paralysie générale. De nombreuses fibres sont détruites. Les noyaux de la névroglie sont considérablement multipliés. Les *altérations vasculaires* sont fréquentes et surtout l'*artériosclérose* (Binswanger, Alzheimer, Sander). Cette dernière peut contribuer à la formation des lésions cérébrales en foyer. Alzheimer distingue : 1° la *sclérose sénile* de l'écorce cérébrale ayant pour base une altération des capillaires corticaux qui font disparaître des petits territoires du tissu nerveux à la place desquels on voit se former une névroglie très abondante ; 2° l'*atrophie artérioscléreuse de la substance blanche des hémisphères* ou l'*encéphalite subcorticale chronique* de Binswanger, se caractérisant par une dégénérescence scléreuse des longs vaisseaux qui desservent la substance nerveuse sous-corticale ; ces vaisseaux sont entourés de cellules granuleuses ; plus tard se produit une prolifération de la névroglie ; les fibres nerveuses dégénèrent d'abord et, secondairement, l'écorce cérébrale est atteinte par le processus scléreux ; cette forme peut s'observer à l'âge viril ; 3° la *démence artérioscléreuse*, décrite également par Binswanger, et qui est un degré plus léger de la lésion précédente ; 4° la *gliose périvasculaire*, limitée au domaine d'irrigation d'une ou de plusieurs grandes artères du cerveau.

Il n'est pas rare de trouver des foyers de ramollissement plus ou moins étendus. La planche XXI en est un exemple.

Outre les centres nerveux, des altérations fréquentes sont constatées du côté du cœur, des vaisseaux, des reins ; ces lésions sont le plus souvent de nature artérioscléreuse.

Le *pronostic* est absolument fatal. Souvent le processus évolue dans l'espace de six mois à deux ans ; parfois les symptômes précurseurs remontent à dix années et plus en arrière.

Au point de vue *pathogénique*, il faut attribuer les accidents aux altérations anatomiques résultant de la sénilité. Outre la dégénérescence primitive des éléments nerveux, il faut tenir compte surtout de la dégénérescence des vaisseaux. Il n'est pas encore possible de donner une place nosologique définitive à la démence artérioscléreuse, basée, non pas seulement sur la constatation de l'artériosclérose et des troubles cardiaques, mais surtout sur les symptômes d'ordre psychique. Quoi qu'il en soit, on trouve au moins dans la moitié des cas une tare héréditaire.

Planche XXI. — Ramollissement jaune en forme de foyer et atrophie diffuse du grand cerveau. La démence sénile s'est déclarée, dans ce cas, chez un homme de soixante-quatorze ans, après une attaque apoplectique.

Traitement. — La première condition à remplir est l'abstention de tout travail et de toute excitation. Les sujets calmes pourraient être soignés dans leurs familles. Mais dans le cas d'excitation, même légère, ou d'idées mélancoliques, l'internement dans un établissement spécial s'impose. Une grande prudence est nécessaire dans l'emploi du trional, du sulfonal et de l'hydrate de chloral, en raison de la faiblesse du cœur qui existe souvent chez les séniles. On est parfois obligé d'avoir recours à la sonde œsophagienne pour l'alimentation du malade.

Médecine légale. — La légère excitation du début des psychoses d'involution a déjà été bien des fois l'occasion des délits contre les mœurs, et surtout des attentats immoraux sur des enfants. D'autre part, des vols ont été commis par des déments séniles. Les psychoses d'involution peuvent entraîner l'interdiction. Parfois, des dons et des testaments ont été contestés à cause de l'affaiblissement sénile des facultés intellectuelles du donateur.

XXI. — PSYCHOSES LIÉES AUX AFFECTIONS CÉRÉBRALES ORGANIQUES

Dans ce groupe rentrent les cas dans lesquels on est en présence d'une affection organique du cerveau pouvant déterminer quelquefois des troubles psychiques à titre secondaire.

La *syphilis* peut léser le tissu cérébral par méningite, par artérite ou par gomme. Le plus souvent, ces trois processus se combinent de manière diverse. Le tableau clinique qui en résulte est extrêmement varié.

D'ordinaire, apparaissent d'abord des signes physiques. En première ligne, surviennent les diverses ophtalmoplégies, accompagnées parfois de troubles pupillaires et de l'atrophie du nerf optique. Habituellement, existent de violents maux de tête. De temps à autre, on observe aussi des accidents spinaux, comme l'exagération des réflexes rotuliens, par exemple. Selon la nature et le siège



du processus organique, il peut survenir des phénomènes de compression cérébrale. Quand la lésion siège au niveau des circonvolutions centrales, on peut observer des troubles moteurs d'excitation ou de paralysie, de même que des convulsions épileptiformes. Les troubles de la parole sont rares.

Au point de vue psychique, il s'agit la plupart du temps d'une démence progressive. La compréhension s'altère, la mémoire et les connaissances acquises présentent des lacunes; l'humeur est souvent déprimée, parfois gaie.

La distinction de ces troubles psychiques d'avec la *paralysie générale* n'est pas toujours facile. On a remarqué que l'affaiblissement de la mémoire dans le cas d'une lésion cérébrale de nature syphilitique n'est pas aussi général, mais il s'accompagne d'une abolition plutôt partielle d'un groupe de connaissances, tout en en laissant subsister d'autres dans un état normal. Quelquefois, l'amnésie est transitoire. Les variations multiples des accidents plaident plutôt en faveur de la syphilis. Mais, le plus souvent, le diagnostic différentiel sera fait à l'aide des symptômes nerveux locaux. Le diagnostic n'est fait avec certitude que lorsque le traitement antisyphilitique est suivi d'un résultat favorable.

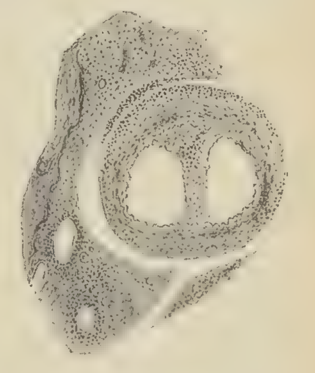


Fig. 242. — Endartérite et dédoublement de la lumière d'une artère cérébrale dans la syphilis du cerveau.

Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, on peut trouver les diverses lésions syphilitiques, comme les gommes ou la méningite, et surtout des altérations vasculaires, l'artériosclérose, le rétrécissement de la lumière des vaisseaux, l'endartérite, ainsi que le représente la figure 242.

Les psychoses liées aux lésions cérébrales syphilitiques peuvent se terminer par la mort. Parfois il reste un affaiblissement intellectuel avec des paralysies diverses. Des cas de guérison ont été cependant observés.

Le *traitement* se résume dans l'emploi de l'iodure de

potassium et du mercure. On exerce en même temps une surveillance active sur la conduite générale du malade et l'on prend toutes les précautions en prévision d'un suicide éventuel ou d'autres accidents psychiques.

Nous avons déjà parlé, au chapitre xx, de la psychose liée à l'***artériosclérose cérébrale***.

Indépendamment de la paralysie générale, de la démence sénile et de l'épilepsie, Fürstner a observé une forme particulière de ***gliose corticale*** du cerveau, dans laquelle la névroglie prolifère abondamment au niveau de la couche externe de l'écorce, et détermine une atrophie des éléments nerveux. Cliniquement, il se développe en même temps, d'une façon insidieuse et lente, une démence progressive accompagnée de troubles de la mémoire et de la parole, ainsi que des accidents nerveux divers, parmi lesquels les convulsions isolées sont souvent les premières en date.

Ces états ne doivent sans doute pas être séparés du processus pathologique désigné sous le nom de ***sclérose diffuse***, dans lequel les éléments cellulaires du système nerveux central sont détruits d'une manière particulièrement lente, et qui se caractérise cliniquement par l'apparition précoce des convulsions et par un affaiblissement intellectuel évoluant également progressivement.

La ***sclérose en plaques*** peut provoquer des troubles mentaux en même temps que des symptômes en foyer. Bien des fois, il ne s'agit ici que d'un affaiblissement intellectuel progressif dans le domaine de l'association et de l'aperception. Il n'existe pas généralement de phénomènes d'excitation. Parfois, il est vrai, l'humeur est un peu irritée ou bien on constate une gaieté quelque peu exubérante. La distinction d'avec la paralysie générale est difficile, parce que dans celle-ci on observe également quelquefois la parole scandée et le tremblement intentionnel. Un syndrome débutant par un affaiblissement de la mémoire, par des troubles de la parole et des réflexes pupillaires, de même que par l'obnubilation de la conscience, milite plutôt en faveur de la paralysie générale.

Troubles mentaux post-apoplectiques. — En ce qui concerne les phénomènes en foyer, et particulièrement les symptômes d'ordre nerveux, il faut consulter les manuels de neurologie.

Dans l'*attaque apoplectique*, la conscience est habituellement supprimée ; dans l'embolie et la thrombose, elle

est souvent seulement obscurcie. En général, dans les premiers moments qui suivent l'attaque, il existe de la prostration; les malades sont dans un état de profonde confusion; ils ne se retrouvent plus dans le temps ni dans l'espace; ils méconnaissent les personnes de leur entourage ; ils sont légèrement excités et irritables ; ils veulent s'en aller, se croient en voyage, commettent des actes absurdes; on a même observé, en pareil cas, des attentats à la pudeur. Même quand les sujets redeviennent un peu lucides, leur faculté d'orientation reste incertaine, leurs connaissances acquises sont en partie compromises ; la mémoire surtout présente de grandes lacunes. Les nombreux troubles de la parole font paraître la démence encore plus grande qu'elle n'est en réalité. A l'embolie et à la thrombose se rattachent assez souvent une obnubilation de la conscience, des troubles sensoriels et des crises d'excitation.

Il importe de bien distinguer ces états de la paralysie générale, de la démence sénile et de la syphilis cérébrale. Le pronostic se règle d'après l'intensité et les suites de l'attaque apoplectique.

Les *tumeurs cérébrales* évoluent fréquemment sans manifestations d'ordre psychique. Dans certains cas, on constate seulement de la prostration, de l'apathie, des oublis, une humeur irritée. Quelquefois, on observe des troubles sensoriels, notamment ceux de la vue, lorsque la tumeur siège dans le lobe occipital ; ceux de l'ouïe, dans le cas de tumeur du lobe temporal ; ceux de l'odorat, quand la tumeur siège au niveau de la circonvolution de l'hippocampe. Assez souvent le malade a conscience de son état morbide. Des attaques convulsives ne sont pas rares. La tumeur cérébrale peut provoquer de graves troubles psychiques, avec délire, dépression, rarement avec euphorie.

Le *diagnostic* se fait ordinairement par la constatation des symptômes locaux, comme les troubles pupillaires, les céphalées intenses, les vomissements. Néanmoins, on confond quelquefois les tumeurs cérébrales avec d'autres affections et surtout avec la paralysie générale.

Les *cysticerques du cerveau* peuvent déterminer des phénomènes analogues aux tumeurs cérébrales.

Les *abcès du cerveau* restent souvent pendant des années sans symptômes graves. Dans d'autres cas, ils provoquent des convulsions, des vertiges, une obnubilation de

la conscience, de l'aphasie. Quelquefois, il est difficile de distinguer cette affection de la paralysie générale (Voy. figure 3 de la planche XXIII).

Les ***traumatismes craniens*** peuvent déterminer une émotion psychique intense et provoquer des phénomènes analogues à ceux qu'on observe dans l'hystérie traumatique (Voy. chap. XIV). En outre, une lésion traumatique de la substance cérébrale peut produire une psychose, même lorsque les phénomènes de la commotion cérébrale n'étaient que très légers. Autant l'altération de la substance cérébrale par le traumatisme peut être variée, autant les types cliniques peuvent différer, sans que l'on puisse, pour chaque cas particulier, tirer des indications précises. Parfois, un accès d'excitation suit directement le traumatisme; ce délire peut guérir, mais quelquefois il est suivi d'un affaiblissement intellectuel chronique.

Nous avons déjà parlé (page 495) de la *pseudo-paralysie générale traumatique*, qui ne commence parfois que très tard après le traumatisme cranien. On peut observer encore, consécutivement au traumatisme cranien, de la dépression mélancolique avec troubles de la mémoire, vertiges, accidents épileptoïdes. Une constatation tirée des renseignements sur les antécédents du malade n'autorise que dans des cas très rares à considérer la psychose comme déterminée par le traumatisme cranien.

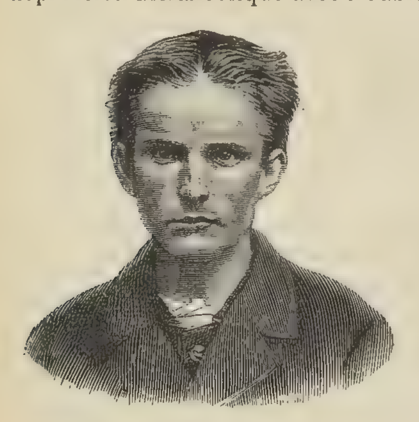


Fig. 243. — Débilité mentale profonde consécutive à une méningite.

L'***insolation*** et le ***coup de chaleur*** provoquent quelquefois la perte de la connaissance, avec prostration ou agitation, troubles sensoriels, convulsions; les cas de cet ordre peuvent se terminer soit par la mort, soit par la démence, soit, enfin, par la guérison.

La ***polio-encéphalite*** de l'enfance est souvent la base d'ac-

cidents épileptiques ultérieurs, ainsi que d'idiotie. Le pronostic est favorable dans les cas d'*encéphalite aiguë hémorragique sans suppuration*, qui souvent, après l'extinction, en apparence totale, de toute vie intellectuelle, peut guérir. Une grave *méningite* peut quelquefois léser l'écorce, au point qu'il reste une profonde débilité mentale, comme c'est le cas du jeune homme représenté par la figure 243. Les troubles psychiques observés quelquefois dans la *paralysie agitante* reposent souvent, comme l'affection nerveuse elle-même, sur des altérations athéromateuses.

J'ai observé un cas de débilité mentale avec idées de persécution chez un sujet atteint d'*atrophie musculaire progressive, familiale.* [Joffroy, G. Ballet ont rapporté dernièrement des observations de *myopathies* avec *troubles mentaux* divers.]

XXII. — TROUBLES MENTAUX D'ORIGINE THYROÏDIENNE

A. — CRÉTINISME

Dans le *crétinisme* il s'agit d'un arrêt de développement intellectuel d'origine endémique, qui se produit en même temps que des désordres somatiques du côté du squelette, d'où le *nanisme*, et de la peau, d'où le *myxœdème.* Le crétinisme est dû à l'insuffisance fonctionnelle de la *glande thyroïde*, soit que celle-ci ait subi une dégénérescence, soit qu'elle manque totalement.

Étiologie. — L'origine thyroïdienne du crétinisme est démontrée : 1° par l'absence, toujours possible à constater, de la glande thyroïde normale ; 2° par l'analogie la plus frappante qui existe entre le crétinisme et les troubles physiques et intellectuels qui s'observent dans les autres psychoses liées à l'insuffisance de la fonction thyroïdienne. On peut d'ailleurs provoquer expérimentalement, par la thyroïdectomie, des phénomènes semblables chez les animaux. La dégénérescence de la glande thyroïde chez le crétin est due, selon toute apparence, à l'eau qu'il consomme. Quel est l'élément de l'eau qui possède cette influence pathogène? c'est là encore un point qui n'est pas éclairci. Peut-être sont-ce des microorganismes qui jouent ici le rôle d'intermédiaires en déterminant une thyroïdite. Le soupçon se porte parfois sur une source déterminée,

« source goitreuse », dont la suppression met, dit-on, un terme à l'endémie. [L'action des eaux est actuellement admise dans l'étiologie du crétinisme. Certains faits ont, à cet égard, la valeur d'une expérience. Ainsi, deux villages de la Savoie, Saint-Bon et Bozel, séparés l'un de l'autre par une distance de 800 mètres environ, présentaient, sous le rapport de la santé publique, un grand contraste. La population du premier n'offrait pas un seul cas de crétinisme; celle de l'autre en était au contraire fortement atteinte. Or, il a suffi de faire venir l'eau de Saint-Bon à Bozel pour voir peu à peu disparaître le crétinisme de ce dernier village.]

Les vallées des pays montagneux constituent le lieu de prédilection du crétinisme. En Allemagne, on peut citer la forêt Noire, la vallée du Neckar, les contrées des rives du Main, celles du Danube supérieur et les Vosges. En Autriche, où, en 1890, on comptait 15671 crétins, le principal contingent est fourni par le Tyrol, Salzburg, la Styrie et particulièrement la Carinthie, où 2,5 p. 100 de la population sont atteints de crétinisme. En Suisse, le crétinisme s'observe dans plusieurs cantons, et surtout dans le Valais, dans l'Appenzel, Uri et le pays de Vaud. En Italie, les contrées à goitre sont les Alpes et principalement le Piémont. En France, le crétinisme est endémique en Savoie, dans les vallées des Pyrénées, [dans les Hautes-Alpes]. On trouve encore des crétins goitreux dans l'Atlas, l'Himalaya, Ceylan et les îles de la Sonde, de même que dans les Cordillères. Les animaux domestiques eux-mêmes, et surtout les mulets, ont, dans les contrées à goitre, l'habitus caractéristique du crétinisme. Les enfants des sujets immigrés sont exposés à contracter cette affection, tandis que les adultes étrangers ne contractent qu'une légère tuméfaction de la glande thyroïde sans conséquences graves.

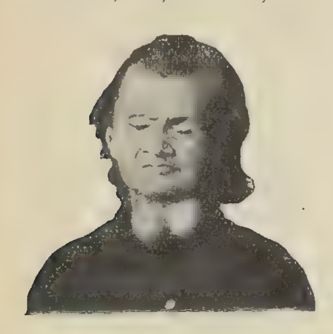


Fig. 244. — Crétinisme. — Goitre volumineux riche en tissu adipeux.

Symptomatologie. — Les enfants naissent le plus souvent dans des conditions normales, avec un squelette qui n'offre à la naissance rien de pathologique. Entre la troisième et la cinquième année, leur *croissance* est fortement *retardée*; leur *taille* ne dépasse guère 60 centimètres; elle atteint rarement $1^m,50$. Le développement des os en épaisseur est normal, tandis que leur croissance en longueur est retardée (Voy. fig. 245). Ce processus morbide n'a rien de commun avec le rachitisme ; il ne s'agit nullement ici de « nouures » et de déformations osseuses qui caractérisent ce dernier. Le cartilage sphéno-basilaire s'ossifie de bonne heure (Virchow), ce qui fait que la région de la racine du nez frappe par sa largeur et que le développement du crâne se fait surtout vers la région occipitale. Les *fontanelles* restent longtemps ouvertes. La *dentition* est défectueuse.

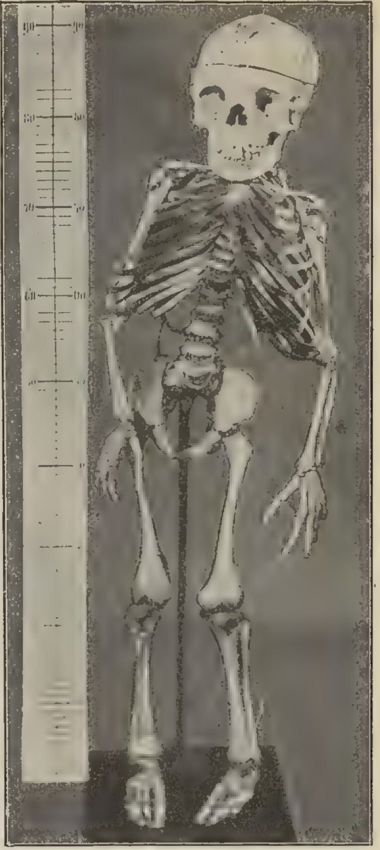


Fig. 245. — Squelette d'un crétin adulte. Taille $0^m,91$. Bras et jambes longs de $0^m,42$. Arrêt de développement de cartilages épiphysaires des os longs.

Ainsi que la planche XXII et les figures 246, 247, 218, 249 et 250 le montrent, la peau, d'une teinte jaune pâle, présente un œdème caractéristique dit *myxœdème*, particulièrement aux joues,

Planche XXII. — Crétin âgé de vingt-quatre ans et présentant la teinte jaune pâle, caractéristique, des téguments.

aux paupières, aux lèvres, aux mains. Sur la nuque et aux bras, le myxœdème se manifeste souvent sous la forme de bourrelets gros comme le poing. Les cheveux sont clairsemés. Les hommes n'ont pas de barbe. Les poils du pubis font défaut. Le développement des organes sexuels est



Fig. 216. — Crétinisme. — Myxœdème très accusé aux joues, au cou, au menton, à la nuque, au ventre, aux bras.

faible ou nul. [Les organes génitaux sont arrêtés dans leur développement. A la place de la verge on trouve souvent, chez des crétins de vingt ans, un petit cylindre surmonté d'une glande minuscule ; les testicules sont absents ou réduits à un volume d'une noisette.] Les mouvements sont maladroits. Les crétins goitreux marchent mal et se tiennent difficilement debout. Ils ont fréquemment de la surdité. L'odorat, le goût et la sensibilité cutanée sont faibles. On observe parfois des convulsions épileptiformes.


Tab.



Fig. 247 A et B. — Crétinisme chez des vieillards (d'après Rieger).

On constate souvent des oscillations du poids du corps, qui, sans doute, sont sous l'influence des altérations de la peau et du myxœdème plus ou moins accusé. En palpant le cou, on ne trouve aucune trace de la vraie glande thyroïde ; la plupart du temps, celle-ci est augmentée de volume et dure, par suite de sa dégénérescence, plus particulièrement accusée au niveau du lobe moyen (Voy. fig. 244).



Fig. 248. — Crétinisme et myxœdème.



Fig. 249. — Crétinisme et myxœdème.

Les sujets atteints de crétinisme arrivent rarement à un âge avancé de la vie. Néanmoins, Rieger a réussi à conserver un de ces malades jusqu'à sa quatre-vingt-cinquième année.

Le *développement intellectuel* peut subir un arrêt plus ou



Fig. 250. — Groupe de cinq crétins de la Basse-Franconie. — *a*, quarante-sept ans; taille 1m,25; *d*, dix-huit ans; crétin hydrocéphale (d'après Virchow); taille 0m,90.

moins grave, tout autant que le développement physique. Cependant, le parallélisme n'est pas toujours exactement conservé entre les deux ordres d'arrêt de développement. A cet égard on peut distinguer plusieurs variétés : 1° *crétins* du *type infantile*, qui, comme les idiots les plus complets, ne s'élèvent pas au-dessus du niveau intellectuel d'un enfant de deux à trois ans. [C'est le type de l'*enfant-vieillard* au facies blafard et ridé, sans expres-

sion, profondément apathique]; 2° *crétins* rappelant les *idiots* dépourvus de toute activité mentale, peu susceptibles de culture et ayant la taille de nains; 3° sujets *crétinoïdes* qui physiquement présentent l'extérieur de crétins, mais qui intellectuellement sont perfectibles, au point de pouvoir à peu près se suffire et pourvoir eux-mêmes à leurs besoins. [Notons en passant que tous les sujets présentant les signes physiques du crétinisme ne sont pas nécessairement des idiots; on en connaît qui jouissent d'une intelligence normale. Parmi les exemples célèbres, il y a celui d'un médecin qui a laissé des œuvres de premier ordre, Cerise, qui est né dans un pays à crétinisme et qui présentait un certain nombre de signes physiques de cette affection.]

Ces divers types sont représentés parfois dans une seule et même famille.

Les crétins sont d'ordinaire apathiques; leur compréhension est très faible; ils sont lents dans leurs manifestations, et parlent d'une manière défectueuse. Malgré leur apathie, ils se montrent souvent cyniques et insupportables les uns envers les autres. Selon les moments, ils sont plus ou moins expansifs. On observe chez eux des accès périodiques de complète apathie ou de stupeur. On constate parfois un état mélancolique accompagné d'idées de persécution.

Traitement. — La prophylaxie la plus importante du crétinisme consiste dans l'assainissement des eaux potables. Depuis longtemps, on a constaté que des enfants nés dans les vallées des Alpes, où le crétinisme est endémique, et qui présentaient déjà les premiers signes de crétinisme, ont pu échapper à cette affection une fois transportés dans des contrées plus élevées. En ayant soin de faire bouillir ou de filtrer l'eau provenant de puits à goitre, on peut aussi prévenir la dégénérescence crétineuse.

Chez des enfants et des jeunes gens déjà atteints de cette dégénérescence, il y a lieu d'essayer le traitement par la glande thyroïde en nature. On peut administrer encore soit la *thyroïdine*, à la dose de 0gr,01 en augmentant lentement jusqu'à 0gr,04 par jour; soit l'*iodothyrine*, à la dose de 0gr,30 à 4 grammes par jour. Ce traitement doit se faire sous la surveillance médicale, à cause du danger que présentent ces diverses substances pour les fonctions cardiaques.

Le *traitement symptomatique* du crétinisme est le [même que celui employé dans l'idiotie. Des essais thérapeutiques faits avec l'iode, les eaux iodées, le sel de cuisine, le phosphate de chaux, le fer, l'arsenic et la quinine, n'ont donné aucun résultat appréciable.

[L'étude clinique du *crétinisme* a été poursuivie en France par un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Cerise, Baillarger, Parchappe, Lunier, Fodéré, Fabre, Ferrus, Ball. Dans l'article *Crétinisme* du *Dict. encycl. des Sc. méd.*, par Baillarger et Krishaber, le lecteur trouvera des détails nombreux et instructifs.]

B. — PSYCHOSE MYXŒDÉMATEUSE

[*Cachexie pachydermique. — Idiotie myxœdémateuse. Myxœdème opératoire*].

Il arrive parfois que la *fonction de la glande thyroïde* est *supprimée* d'une façon autre que dans le crétinisme d'où résulte un état de *myxœdème* ou de *cachexie pachydermique*.

[En France, la *cachexie pachydermique* a été étudiée par Charcot, Gilbert Ballet, Hadden, Thaon, Morvan. En 1880, Bourneville et d'Ollier publièrent un cas d'*idiotie myxœdémateuse* ou de *myxœdème congénital*.]

On distingue le *myxœdème infantile* et le *myxœdème des adultes*.

Myxœdème infantile ou crétinisme sporadique. — Les enfants qui viennent au monde sans glande thyroïde se développent d'une manière extrêmement défectueuse. Leur *taille*, en particulier, n'atteint même pas quelquefois $0^{m},50$ et il est rare qu'elle dépasse 1 mètre. [Le *Pacha* de Bicêtre mesurait $0^{m},90$ à vingt ans. Le myxœdémateux présenté dernièrement par nous (1) à la Société médicale des hôpitaux mesurait $0^{m},83$ à vingt-six ans et pesait $19^{kg},500$]. Le développement du squelette se fait mal, et les *points d'ossification épiphysaires* restent en retard. La *peau* est sèche, terreuse et myxœdémateuse. La *parole* ne se développe jamais, ou reste tout à fait rudimentaire. Les *convulsions* ne sont pas rares au cours des premières années.

(1) F. Raymond et J. Roubinovitch, *Nouveau cas de myxœdème congénital* (*Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 27 mars 1903).

Diagnostic. — Les cas de myxœdème congénital doivent être distingués de l'*idiotie*, et aussi du *rachitisme*, dans lequel on trouve des tubérosités du cartilage au niveau des épiphyses. [Sur 25 *myxœdémateux congénitaux*, Bourneville a relevé 24 fois l'*idiotie* ; un seul pouvait être rangé dans la classe des *arriérés*. Ils sont moins profondément atteints que les idiots par lésions cérébrales habituelles. On ne constate chez eux aucun des *troubles moteurs automatiques* des grands idiots, comme le balancement, les tics, les grimaces. Ils paraissent susceptibles d'*attention*. Leur *mémoire* n'est pas complètement abolie. Ils peuvent apprendre à manger seuls, à s'habiller, à se laver. Leur *caractère* est doux. Leur *sensibilité affective* n'est pas totalement éteinte.]

Myxœdème acquis des adultes. — Au cours de la vie, la fonction de la glande thyroïde peut être abolie sous l'influence d'une affection quelconque de cette glande : *dégénérescence* fibreuse ou colloïde, *thyroïdite*, *abcès*, *tumeurs*, *tuberculose*, *gommes*, *actinomycose*. La suppression fonctionnelle peut encore être la conséquence d'une *ablation opératoire* de la glande. Sous l'influence de ces diverses causes, paraissent les symptômes du *myxœdème*, tandis que le squelette parvenu à son développement définitif n'est plus influencé par l'absence de la glande thyroïde. Lorsque cette dernière est supprimée progressivement, la *peau* se sèche peu à peu, jaunit et se boursoufle ; le *visage* s'alourdit et se fige, comme c'est le cas de la malade représentée par la figure 251 ; les *mains* enflent et deviennent maladroites ; les diverses *muqueuses*, ainsi que la *langue*, se tuméfient ; les *cheveux* et les *ongles* se cassent. La *nutrition générale* est profondément atteinte. Outre les *troubles auditifs* , on constate d'autres accidents nerveux, des *tremblements*, des *maux de tête*, des *vertiges*, des *lipothymies*, du *collapsus*. Au point de vue *psychique*, il se produit un *affaiblissement de l'attention* et de la *mémoire*, une *hébétude* croissante. Tandis que le crétinisme s'observe surtout chez les hommes, le myxœdème est trois fois plus fréquent chez les femmes.

Ces divers accidents se développent rapidement sous l'influence d'une ablation opératoire totale de la glande thyroïde. Les chiens et les chats auxquels on pratique cette ablation meurent généralement aussitôt après l'opération.

Traitement. — Il faut traiter avant tout l'affection fondamentale qui menace de détruire la glande thyroïde. Dans le cas d'intervention chirurgicale sur cette dernière, il est indispensable de laisser en place une partie de la glande. Les diverses *préparations thyroïdiennes* administrées à temps ont souvent produit d'excellents résul-



Fig. 251. — Myxœdème acquis. — Femme de vingt-trois ans. Début de l'affection à dix-sept ans.

tats. Dans des cas de myxœdème acquis de date récente on peut quelquefois constater, dès le troisième jour du traitement, des effets favorables. Le myxœdème diminue par une élimination plus active des excréments, de l'urine et de la sueur. Bientôt après, les facultés intellectuelles se réveillent de nouveau. Ordinairement, même lorsque le sujet guérit, il faut encore, de temps en temps, recourir à

l'emploi des préparations thyroïdiennes. Dans ce traitement, il est indispensable d'exercer une surveillance minutieuse de l'activité cardiaque, qui est quelquefois menacée par un usage mal réglé de la glande ou de ses dérivés.

XXIII. — PSYCHOSES LIÉES AUX AFFECTIONS NERVEUSES

Quelques *affections du système nerveux* s'accompagnent assez souvent de *troubles psychiques*. Nous ne savons encore rien de précis sur la cause réelle de ces diverses affections nerveuses, parmi lesquelles nous choisirons comme exemples : la *polynévrite* et la *chorée*. Il est fort probable qu'il s'agit là d'un trouble intime de nature *toxique* ou *infectieuse* dans l'échange des tissus.

[Les *affections nerveuses* peuvent être simplement *associées* aux *psychoses* ou bien être la *cause provocatrice* de ces dernières.

Les affections du système nerveux susceptibles de provoquer des troubles mentaux sont très nombreuses. Rappelons les principales : les diverses variétés de la *méningite*, l'*anémie cérébrale* (Luys, Aug. Voisin), la *congestion cérébrale* (Legrand du Saulle, Baillarger), les *lésions encéphaliques diffuses*, dont la *paralysie générale*, souvent associée au *tabes* (Baillarger, Jaccoud, Topinard, Magnan, Bouchereau, A. Voisin, Fournier, Rey, Pierret et Joffroy, Raymond, Nageotte, Rendu); les *lésions encéphaliques circonscrites*, tumeurs, hémorragies, ramollissement (Foville, Morel, Ball et Krishaber, Keraval, Lwoff); la *sclérose en plaques* (Féré); les *névroses* : l'*hystérie* (Charcot et l'École de la Salpêtrière, Morel, Moreau [de Tours], Aug. Voisin, Falret, Legrand du Saulle, Magnan, Joffroy, Vallon, Gilbert Ballet, Roubinovitch, Colin, Pierre Janet, Féré, Gilles de la Tourette); l'*épilepsie* (Charcot, Pierre Marie, Delasiauve, Chaslin, Brissaud, Bourneville, Magnan, J. Falret, Féré, P. Garnier); la *maladie de Basedow* (Trousseau, Joffroy, Ballet, Boëteau, Régis, Arnaud, Séglas, Raymond et Sérieux, A. Vigouroux, Achard, Renaut, P. Marie); la *paralysie agitante* (Trousseau, Axenfeld et Huchard, Charcot, Grasset, Ball, Parant); la *chorée de Sydenham* (Charcot, A. Voisin, Joffroy, Huet, Breton, Séglas); la *neurasthénie* (Boissier, Mathieu); les *affections*

des organes sensoriels (A. Voisin, Baillarger, Christian, Joffroy, Chaumier, Royet, Gilbert Ballet, Lannois, Pierret, Régis, Ball) ; les *affections des nerfs périphériques* (Brodie, Morel, Guislain, Korsakoff, Régis, Gilbert Ballet, Houry, Klippel).]

A. — PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE

En 1890, Korsakow a décrit un *syndrome psychique* cliniquement bien caractérisé et reposant sur la *polynévrite*. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une polynévrite provoquée par l'*abus de l'alcool*. Mais il existe aussi des polynévrites consécutives à la *fièvre typhoïde* ou à la *tuberculose*, dont l'expression clinique est analogue à celle d'origine alcoolique.

La *psychose polynévritique* débute souvent par un *délire* qui, habituellement, ne peut guère être distingué du *délire alcoolique*, d'autant plus que certains signes de névrite légère, comme les *douleurs le long des troncs nerveux*, s'observent également chez un grand nombre de délirants alcooliques. Après ce stade initial, et, dans d'autres cas, sans cette phase de début, apparaît la *psychose* proprement dite dans laquelle les *perceptions*, la *compréhension* et la *mémoire* sont profondément troublées. Kraus a établi que la perception des impressions externes subit, dans ce cas, une diminution de un dixième par rapport à l'état normal. Les impressions venant du dehors ne sont fixées dans la mémoire que d'une manière défectueuse. La reproduction des impressions n'est possible que pendant les trente premières secondes qui suivent l'excitation. Ce trouble de la faculté de l'observation et de l'attention concerne principalement les événements les plus *récents*, ceux qui viennent d'avoir lieu. Les malades ne savent plus s'ils ont mangé l'instant d'auparavant. Beaucoup d'entre eux sont très désorientés dans le temps. Parfois leur amnésie est rétrograde. De plus, sont très fréquentes aussi les *paramnésies* et les *erreurs de souvenirs*. Si l'on pose à peu de minutes d'intervalle la même question : « Depuis quand êtes-vous malade ? », le sujet répond la première fois : « Depuis hier », la seconde fois : « Depuis trois ans », et ainsi de suite. Le malade accumule les récits les plus contradictoires, affirme des choses absurdes et impossibles. L'*humeur* est parfois inquiète ou agressive,

souvent aussi euphorique ou apathique. La physionomie est généralement déprimée, un peu inquiète, comme l'indique la figure 253; ou bien distraite avec l'expression d'une très grande fatigue, de prostration, comme le montre la figure 252.



Fig. 252. — Psychose polynévritique chez une malade non alcoolique; expression de prostration et d'inquiétude.

Les propos des malades sont ordinairement *incohérents*, parfois stéréotypés; quelquefois, le parler est « nègre », dépourvu de toute construction grammaticale. Une fois guéris, les sujets rendent compte des divers troubles sensoriels qu'ils ont éprouvés pendant leur psychose. *Physiquement*, on trouve des *hyperesthésies*, des *paresthésies*, des *parésies*, de l'*atrophie musculaire* accompagnée souvent de la réaction de dégénérescence; on constate aussi une *diminution ou une abolition des réflexes tendineux*, de la *sensibilité douloureuse des troncs nerveux périphériques*, des *troubles digestifs*, de la *tachycardie* et de la *dyspnée*.



Fig. 253. — Psychose polynévritique. Névrite alcoolique. Expression déprimée avec prostration.

Le *diagnostic différentiel* doit être fait avant tout

avec la *paralysie générale* et la *démence sénile*, deux affections qui peuvent présenter passagèrement des types cliniques analogues à la psychose polynévritique.

Au point de vue du *pronostic*, on peut dire que, dans la plupart des cas, la *guérison* est possible au bout de plusieurs mois. Chez des sujets fortement alcoolisés, il reste parfois un *affaiblissement intellectuel chronique*. Quelques malades périssent sous l'influence d'un affaiblissement physique progressif accompagné de troubles des fonctions cardiaques et respiratoires.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, on constate la disparition des fibres tangentielles, l'atrophie de l'écorce cérébrale, de même que la dégénérescence des nerfs périphériques, ainsi que le montre la figure 2 de la planche XXIII.

Le *traitement* doit avoir en vue la cause fondamentale de la polynévrite. Pour le reste, on procédera symptomatiquement; il est utile de recourir à un régime fortifiant.

B. — PSYCHOSES LIÉES A LA CHORÉE

Dans la *chorée de Sydenham*, on trouve presque constamment une *altération des fonctions psychiques*. Les sujets, quel que soit leur âge, deviennent irritables et déprimés. Quelquefois, s'établit une véritable *psychose* avec *illusions* ou *hallucinations* de l'ouïe et de la vue. Une malade entendait, par exemple, des voix qui l'injuriaient, qui l'accusaient d'être syphilitique et de faire le malheur des gens qui l'approchaient. Des *interprétations délirantes* se joignent parfois à ces troubles sensoriels. L'*aperception* ou l'attention active et l'*orientation* sont troublées. L'*association des idées* se relâche. La *reproduction des impressions* est défectueuse. Quelquefois aussi on a observé de la *stupeur*. En général, le malade a une conscience très nette de son état morbide.

En même temps que ces troubles d'ordre psychique, on constate les *mouvements choréiques* dans les muscles de la face, du tronc, des extrémités ou de la langue. Ces mouvements persistent parfois pendant le sommeil. Parmi les causes de la chorée, les plus ordinaires sont : le rhumatisme articulaire avec des troubles cardiaques, la grossesse. [La *prédisposition névropathique* joue ici un rôle important (Joffroy).] L'affection se termine excep-

Planche XXIII. Fig. 1. — *Hydrocéphalie interne* chez un idiot de dix-huit ans. Les ventricules latéraux, la corne inférieure et le troisième ventricule sont très élargis; les circonvolutions sont fortement rétrécies (d'après Jacob) (Voy. p. 197).

Planche XXIII. Fig. 2. — Coupe transversale du nerf sciatique dans la *névrite alcoolique*. Presque toutes les fibres sont détruites, peu de gaines de myéline sont conservées; de plus, le tissu fibreux et les gaines de Schwann sont épaissis.

Planche XXIII. Fig. 3. — *Abcès du cerveau*. Une femme de cinquante ans, qui, pendant des années, avait éprouvé des maux de tête et des nausées, avait de la fièvre, de la douleur au niveau de la nuque, du trismus, de l'opisthotonos, des vomissements, un sentiment de forte compression de la tête. Elle divaguait et présentait des troubles aphasiques; elle ne reconnaissait plus des objets usuels, comme une fourchette, une bougie; elle avait de la cécité psychique. A l'autopsie, on a trouvé un abcès siégeant dans le lobe occipital gauche (d'après Jacob) (Voy. p. 519).

tionnellement par le collapsus et la mort; le plus souvent la *guérison* se produit, sans d'autres suites graves au point de vue mental.

Le *traitement* doit viser le facteur fondamental. On doit s'appliquer en outre, d'une part, à calmer l'hyperexcitabilité des malades par l'hydrate d'amylène, le paraldéhyde à petites doses [ou l'antipyrine], et d'autre part à maintenir le plus possible les forces physiques. Quelquefois on est obligé d'administrer les médicaments et les aliments liquides au moyen d'une sonde, parce que les malades, trop agités, sont incapables de porter une tasse à leurs lèvres.

La *chorée chronique de Huntington* est accompagnée d'irritabilité, de mauvaise humeur, de l'affaiblissement de la mémoire et peut se terminer par une véritable *démence*. Dans quelques cas, cet ensemble symptomatique a été l'avant-coureur d'une *paralysie générale*.

XXIV. — PSYCHOSES LIÉES AUX MALADIES DE LA NUTRITION

[Les grandes *maladies de la nutrition* sont : l'*arthritisme* ou l'*herpétisme* (Lancereaux) et la *scrofule*.

La *diathèse arthritique* se caractérise par une nutrition retardante s'accompagnant d'une accumulation plus ou



Fig.1.

Pc

Fig.2.

Pre.

Cun

Os.

Fig.3.

moins grande dans l'organisme des produits insuffisamment élaborés, comme l'acide urique et l'acide oxalique. L'*obésité*, le *diabète*, la *goutte*, la *gravelle* sont les conséquences habituelles de cette diathèse.

La *scrofule* offre plus d'un point de ressemblance avec l'herpétisme; elle en diffère par la formation de fluxions chroniques, permanentes, qui n'ont aucune tendance à se résorber.]

Dans la démence précoce et la paralysie générale, les altérations de la nutrition peuvent quelquefois constituer la base unique de l'affection. Mais les psychoses liées aux accidents thyroïdiens, névritiques et choréiques reposent presque toujours sur ces altérations de la nutrition générale. Nous voyons d'ailleurs, dans un certain nombre d'autres maladies de la nutrition, se produire parfois des troubles mentaux (Voy. p. 13).

Une accumulation d'éléments urinaires dans le sang produit l'*urémie*, qui occasionne des céphalalgies, de la prostration, de l'excitation ou de la dépression, des convulsions, des nausées, des vomissements et souvent de la dyspnée. De plus, dans des cas graves, surviennent des crises convulsives très violentes, avec perte complète de la connaissance, opisthotonos, spasmes cloniques généralisés et intenses, cyanose, écume à la bouche, dilatation pupillaire avec disparition transitoire des réflexes, arrêts de la respiration entrecoupés de tachypnée, pouls défectueux, élévation de température et coma final.

On constate aussi parfois de la cécité, de la surdité, des paralysies, des délires, des accès d'agitation ou de dépression. C'est encore à l'urémie qu'est due l'éclampsie des femmes en état de grossesse ou en couches.

[L'*urémie* résultant de l'insuffisance fonctionnelle ou des lésions du rein ou des troubles dans l'excrétion de l'urine n'est très souvent que l'expression d'une maladie de la nutrition générale.

Les *accidents psychiques liés à l'urémie* ont été étudiés en France, entre autres, par Lasègue, Raymond, Dieulafoy, Joffroy, Florant, Cullerre. La *pathogénie* de ces troubles mentaux est très complexe, et à côté de l'insuffisance rénale il faut tenir le plus grand compte d'une foule d'autres facteurs : hérédité psychopathique, puerpéralité, diverses maladies infectieuses, affections du système nerveux, traumatismes, intoxications générales di-

verses, parmi lesquelles la première place appartient souvent à l'*alcoolisme*. Cliniquement, on peut distinguer avec Joffroy trois groupes de *délires urémiques* :

1° *Délires symptomatiques* d'une néphrite aiguë d'origine infectieuse, accidentels, n'ayant aucune base de prédisposition vésanique;

2° *Délires provoqués* par l'urémie agissant sur des cerveaux tarés, prédisposés aux psychoses qui, une fois écloses, évoluent pour leur propre compte;

3° Délires créés et entretenus par l'urémie constituant une véritable *folie brightique* (Dieulafoy).]

Au cours du *diabète*, surviennent souvent de la prostration et du coma, de la dépression, des troubles sensoriels, des conceptions délirantes et des accidents rappelant la paralysie générale.

[Le *diabète* peut s'accompagner de troubles mentaux divers : *coma, torpeur intellectuelle,* avec ou sans *apathie* et *aboulie* ; *excitation intellectuelle* (plus rare) ; *dépression mélancolique* avec ou sans *idées de suicide* ; *idées de persécution* ; *obsessions, impulsions.*

De nombreux travaux cliniques ont contribué en France à faire connaître ces divers accidents psychiques liés au diabète ; parmi ces travaux, citons ceux de Marchal (de Calvi), Lecorché, Cotard, Legrand du Saulle, Bernard et Féré, Lallier, Mabille et Lallemant.

A l'heure actuelle, c'est l'*auto-intoxication par l'acétone* qui rend compte le mieux des principales manifestations psychopathiques qui accompagnent le diabète. Il est, toutefois, établi que la *prédisposition* exerce en pareil cas une influence importante qui explique pourquoi l'élément toxique se localise, chez certains diabétiques, de préférence sur l'organe de l'idéation.]

Von Wagner et Sölder ont décrit des délires intenses, avec hallucinations et des accès de dépression, dans des cas de *constipation* de longue durée accompagnée d'*acétone* et d'*indican* dans les urines; ces auteurs attribuaient les accidents psychiques à la *résorption de matières putrides* venant de l'intestin. Le traitement par le calomel ou l'iodoforme à l'intérieur aurait produit en pareil cas un effet curatif très prompt.

L'*arthritisme* peut, d'après certains auteurs, déterminer une dépression mélancolique. [Faure a étudié en 1871 l'influence de l'arthritisme sur le caractère, qu'il rend,

dit-il, susceptible, irritable, indécis. En réalité, la diathèse arthritique ne paraît pas s'accompagner d'altérations psychiques vraiment pathognomoniques.]

Avec les progrès de la *cachexie* liée à certaines tumeurs malignes, comme le *carcinome* ou le *sarcome*, se produisent parfois des délires. Les malades présentent de la prostration. La conscience ne revient pour peu de temps que sous l'influence de stimulants énergiques. Les malades perçoivent mal les impressions du dehors, leur mémoire s'affaiblit de plus en plus. Les hallucinations ne sont pas rares : les sujets voient des personnages imaginaires et leur adressent la parole ; ils ne reconnaissent pas les personnes de leur entourage ; ils se croient dans une maison étrangère ; ils prétendent qu'on leur fait du mal, qu'on les empoisonne.

L'orientation dans le temps est fortement compromise aussi. En outre, on voit apparaître souvent des troubles paraphasiques, et l'articulation des mots est parfois troublée ; ainsi, un malade dira « moule » au lieu de « mousse » ; mais souvent les sujets se reprennent eux-mêmes. De temps en temps se produisent des états d'excitation plus ou moins vive, avec des cris ou des réclamations. La conscience de l'état morbide est généralement nette. Il est vrai que ces phénomènes sont souvent favorisés par l'action de la morphine qui, généralement, est abondamment administrée aux malades de cette catégorie.

[Le cancer de l'estomac, d'après Esquirol, pourrait déterminer des troubles mentaux sous forme d'idées délirantes. Il est très vraisemblable qu'il s'agit en pareil cas de sujets fortement prédisposés aux psychopathies. Cependant, il faut tenir compte de la cachexie et de l'anémie que provoquent les néoplasmes cancéreux pour comprendre la cause des troubles intellectuels (surtout les délires mélancoliques) qui ont été décrits par Aug. Voisin, Lagardelle, Bessières.]

XXV. — PSYCHOSES PAR ÉPUISEMENT

Beaucoup d'aliénistes, parmi lesquels on peut citer Arndt, Binswanger, Ziehen, considèrent l'épuisement comme étant une cause extrêmement fréquente de troubles mentaux. Cependant, nous constatons dans quelques-

unes des affections mentales citées ici (la paralysie générale, les délires fébriles) des facteurs étiologiques plus tangibles, surtout ceux d'entre eux qui sont de nature toxique, infectieuse ou organique. En outre, ces psychoses dites par « épuisement » frappent souvent des sujets pour lesquels il est démontré qu'ils n'ont jamais été, et en aucune façon, exposés à un épuisement ou à un surmenage psychique. Si nous admettons chez ces malades l'existence d'une *psychose par épuisement* trop rapide, nous reconnaissons par là qu'il s'agit de sujets prédisposés dont la faiblesse préalable doit être distinguée de l'épuisement réel déterminé par une dépense vraiment exagérée des forces psychiques.

Dans les lignes qui suivent, nous n'acceptons, avec Kraepelin, comme véritables *psychoses d'épuisement* que ces affections mentales qui sont déterminées par une dépense excessive ou une réparation insuffisante des éléments nerveux de l'écorce cérébrale. Ces psychoses sont : le *délire du collapsus*, l'*amentia* ou la *confusion mentale aiguë* et l'*épuisement psychique chronique* ou la *neurasthénie acquise*.

D'après Kraepelin et Verworn, l'*épuisement* est dû à l'usure des éléments de l'écorce cérébrale nécessaires à l'activité psychique. L'épuisement psychique n'est pas de la *fatigue intellectuelle*, qui, elle, survient sous l'influence de l'accumulation dans l'écorce cérébrale d'éléments dits « de fatigue », dont l'élimination et la compensation sont consécutives au repos et surtout au sommeil. Par une série d'expériences personnelles, Aschaffenburg a démontré que l'un des facteurs les plus importants de l'épuisement, notamment le manque de repos normal et de sommeil, engendre un trouble manifeste dans la faculté de perception des impressions, un relâchement dans le travail de l'attention active et de l'association des idées, une légère excitation motrice et une diminution de la mémoire. Or, nous retrouvons ces divers symptômes dans les psychoses par épuisement. J'ai fait sur moi-même (Weygandt) des expériences relatives à l'influence de l'abstention de la nourriture ou de l'insuffisance de cette dernière, deux causes considérées comme étant des facteurs d'épuisement. Même après un jeûne de trois jours, on n'a pu constater aucune espèce de trouble de la faculté de perception des impressions, tandis que, pour les autres manifestations

intellectuelles, les résultats étaient semblables à ceux obtenus dans les expériences relatives à la privation de sommeil.

A. — DÉLIRE DU COLLAPSUS

Le « collaps-delirium », décrit pour la première fois par H. Weber en 1866, est déterminé par un facteur épuisant : les couches difficiles, une forte hémorragie, un effort intellectuel excessif. Il peut être provoqué aussi par un choc moral, des maladies infectieuses débutant avec une grande violence, comme la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, le choléra, l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine, l'influenza. C'est surtout lorsqu'un accident de nature épuisante (hémorragie, perforation intestinale) se produit au cours d'une maladie infectieuse, que le délire du collapsus ou d'inanition peut éclater en même temps que l'accident somatique.

Ce délire débute bruyamment avec des troubles profonds de la conscience, un état de confusion et de rêve, accidents sensoriels variés et vive agitation. Les hallucinations sont confuses : les sujets parlent d'oiseaux qui gazouillent ; Dieu leur apparaît ; le monde s'écroule ; le malade ne reconnaît plus les personnes de son entourage. Des idées délirantes fugaces se produisent : on doit ensevelir le malade, l'asile est une maison de Dieu. L'état cœnesthétique varie d'un moment à l'autre ; c'est tantôt du découragement ; tantôt, la peur de la mort ; tantôt, de la gaieté. En même temps, il y a fuite d'idées ; toutes sortes de conceptions s'alignent dans un ensemble hétéroclite, souvent rien que d'après le son ; ce sont généralement des mots dépourvus de sens, paroles souvent rimées, proférées sur un ton rythmique, dans le genre des phrases suivantes, rapportées par Aschaffenburg : « Je suis un enfant, on m'enferme dedans. Je veux sortir à l'instant. Le docteur est chiche. Je ne suis pas riche. Ouvrez donc la porte. Il faut que je sorte... » Parfois ce sont des délires de *mussitation* (1), dans lesquels les malades, complètement épuisés, inertes, étalés et sans force, exécutent un mouve-

(1) [Le terme « mussitation » vient de *mussitare*, murmurer entre les dents. En pathologie, on désigne par ce mot le mouvement des lèvres que le malade exécute comme s'il parlait à voix basse.]

ment des lèvres comme s'ils parlaient à voix basse, ou bien murmurent des sons inarticulés, tout en se livrant à une légère agitation motrice et à des mouvements stéréotypés, comme de réunir des duvets ou de tirailler la couverture du lit. En même temps, le sommeil fait défaut. L'état de la nutrition générale est misérable. Il existe souvent du refus de nourriture. Le cœur est faible. Parfois la température descend au-dessous de 34°. Quand on parvient à relever les forces physiques du malade, il se produit alors également au point de vue psychique un retour à l'état normal. Il peut rester seulement une obnubilation de la mémoire ou une amnésie concernant la période délirante. Cette dernière évolue parfois en quelques heures, le plus souvent en plusieurs jours ou deux ou trois semaines. Le poids du corps remonte vite pendant la convalescence ; dans un cas, il s'est relevé en dix semaines de 31 livres. Mais il n'est pas rare que le collapsus entraîne la mort.

Le *diagnostic différentiel* du « collaps-delirium » doit se faire avec le *délire alcoolique* et l'*excitation catatonique.* Dans ces deux dernières affections, il n'existe pas de fuite d'idées. De plus, le délire alcoolique s'accompagne d'un tremblement caractéristique. Des tableaux cliniques analogues à celui du délire du collapsus se présentent parfois dans la *paralysie générale*, mais on peut ordinairement fixer le diagnostic, grâce aux symptômes physiques. Les formes délirantes de la *manie* peuvent quelquefois être difficilement différenciées du « collaps-delirium » ; cependant, elles ne présentent que rarement un trouble aussi profond de la conscience que celui qu'on observe dans ce dernier syndrome.

D'après Kraepelin, ce sont surtout les délires du collapsus qui, à côté des cas mortels d'excitation maniaque aiguë de la paralysie générale et de la catatonie, ont conduit certains auteurs à établir une forme spéciale de « délire aigu » (*delirium acutum*).

Alzheimer a trouvé, à l'*autopsie* des sujets morts à la suite d'un accès de délire du collapsus, des altérations des cellules de l'écorce sans prolifération de la névroglie.

Le *traitement* doit viser la conservation des forces du sujet et surtout de son activité cardiaque ; ainsi compris, il peut être bienfaisant et permet souvent de sauver la vie du malade. Souvent, l'alimentation par la sonde

et les bains prolongés sont nécessaires. Parmi les médicaments calmants, on se trouvera bien de l'emploi du paraldéhyde, de l'hydrate d'amylène, de chloralamide. Une injection d'une solution physiologique de sel marin peut, dans certains cas, rendre de grands services.

B. — CONFUSION MENTALE OU AMENTIA

[La CONFUSION MENTALE, dont on trouvera une description clinique détaillée dans mon travail paru en 1894 sur les *Variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, a fait l'objet de plusieurs publications françaises importantes par Delasiauve, Chaslin, Régis, Séglas. Ses synonymes sont : *hallucinatorischer Wahnsinn* (Krafft-Ebing), *einfache Verwirrtheit* (Wille), *hallucinatorische Verworrenheit* (Konrad), *amentia* (Meynert, Serbski), *dysnoia* (Korsakoff).]

L'*amentia*, décrite pour la première fois il y a vingt ans par Meynert, est due le plus souvent à des facteurs épuisants, comme une forte hémorragie, de longues veillées, un violent effort physique, des couches difficiles, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose, toutes les grandes cachexies. La forme puerpérale de la confusion mentale correspond exactement à la « folie hallucinatoire des femmes en couches » de Fürstner; mais cette forme est indubitablement plus rare que la catatonie ou la folie intermittente souvent provoquées par la puerpéralité.

La confusion mentale débute d'une façon rapide par de l'agitation accompagnée d'un trouble plus ou moins grave de la conscience. Les malades sont désorientés, « désemparés » et « sans boussole », selon l'expression de Wernicke. En vain font-ils des efforts pour se retrouver et demandent à tout le monde ce qui leur est arrivé. Ils sont abattus, ne comprennent plus ce qu'on leur demande, ne répondent que sous l'influence d'exhortations énergiques et d'excitations intenses. En outre, ils ont de nombreux troubles sensoriels. Ils ne reconnaissent plus les personnes de leur entourage. Ils émettent des idées délirantes plus ou moins incohérentes. Ils entendent des anges et des diables, s'intitulent empereur et Dieu.... L'état cœnesthétique est, le plus souvent, déprimé, plus rarement gai. Le besoin perpétuel de mouvement les

empêche de rester calmes et de dormir. Ils veulent s'en aller ; ils frappent autour d'eux ; ils jettent tout pêle-mêle

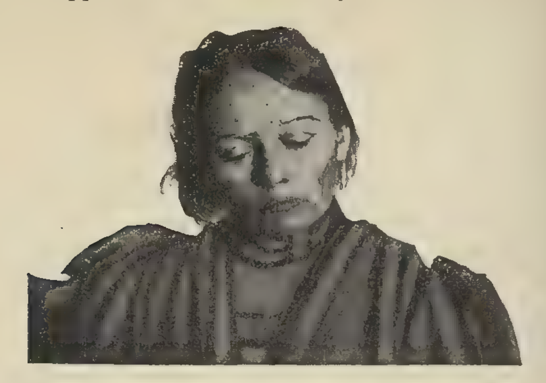


Fig. 254. — Confusion mentale. Prostration profonde.

et détruisent tout ce qui leur tombe sous la main. Leurs propos sont *incohérents* ; on y constate souvent la *fuite*



Fig. 255. — Confusion mentale. Convalescence. Expression presque normale du visage.

des idées, des répétitions, des assonances et des rimes.

Le facies est abattu, ainsi que le montre la figure 254.

Le malade est incapable de fixer son regard; il est le plus souvent inquiet, égaré. La marche de l'affection est variable; elle présente tantôt des *rémissions*, tantôt des *exacerbations*. Quand le facteur épuisant est supprimé, l'affection se termine par la guérison, au bout de deux à huit mois environ. Pendant la convalescence, le facies reprend rapidement son expression normale (Voy. fig. 255). En même temps, le poids du corps recommence à augmenter rapidement. La figure 256 montre l'évolution du poids dans un cas d'*amentia* terminé par la guérison.

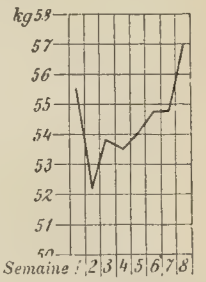


Fig. 256. — Courbe du poids du corps dans un cas de confusion mentale. 1re semaine : 55 kilogr. ; 2e semaine : 52 kilogr. ; 3e semaine : 54 kilogr. ; 8e semaine : augmentation progressive à 57 kilogrammes.

Le **diagnostic différentiel** de la confusion mentale doit se faire avec la *catatonie*, qu'on reconnaîtra d'après ses tics et son négativisme, et aussi avec l'*excitation maniaque délirante* qui, elle, se caractérise par la meilleure conservation de la compréhension et l'état cœnesthétique gai. Comparée au *délire du collapsus*, la confusion mentale en diffère essentiellement par l'intensité moindre des phénomènes morbides et par sa marche plus lente. D'ailleurs, la vraie confusion mentale est relativement rare. Parmi les malades de Kraepelin, on en comptait 0,5 p. 100 seulement qui méritaient le diagnostic d'*amentia*.

[En fait de données *anatomo-pathologiques* du système nerveux relatives à la *confusion mentale*, rappelons les autopsies de Etoc-Demazy (1) qui, dès 1833, constate dans plusieurs cas de *stupidité*, équivalent clinique de la confusion mentale d'aujourd'hui, une suffusion œdémateuse du cerveau. Les recherches de Wille concordent avec les autopsies de Etoc-Demazy : lui aussi signale l'existence de l'œdème cérébral, de l'hydrocéphalie externe et interne, de l'anémie cérébrale et, dans quelques cas, de l'atrophie encéphalique. Kotzowski a trouvé, dans deux

(1) Etoc-Demazy, *De la stupidité considérée chez les aliénés* (Th. 1833).

cas de confusion mentale aiguë, de l'*encéphalite corticale*.

L'*histologie pathologique* de la confusion mentale s'est enrichie, dans ces dernières années, de recherches publiées en France par G. Ballet (1) et Maurice Faure, Roubinovitch et Vlavianos (2). Ces recherches tendent à assigner à ce syndrome les lésions microscopiques suivantes : distension œdémateuse et déformation des grosses cellules pyramidales, sorte de *cytarœdème* (de κύταρον, grosse cellule ronde; οἴδεμα, œdème); disparition de grains chromatophiles; déplacement du noyau vers la périphérie; disparition de prolongements; augmentation inusitée de noyaux névrogliques.]

Le **traitement** doit tendre surtout à calmer le malade par l'isolement, le repos au lit, des bains prolongés et des préparations médicamenteuses appropriées; il faut veiller aussi au relèvement aussi rapide que possible de la nutrition générale.

Au point de vue médico-légal, on peut avoir à examiner des actes de violence commis par des femmes nouvellement accouchées sur leurs enfants. Dans un cas de confusion mentale chez une femme tuberculeuse, un testament fait au début de l'affection mentale a été déclaré plus tard comme non valable.

C. — NEURASTHÉNIE PAR ÉPUISEMENT

Rappelons encore en quelques mots l'*épuisement chronique* du système nerveux central, la *neurasthénie acquise* ou la *neurasthénie par épuisement*, dont nous avons déjà parlé à propos de la neurasthénie constitutionnelle (Voy. chap. XIII). Tandis que la *neurasthénie constitutionnelle* est le résultat d'une fatigue congénitale du système nerveux, fatigue qui s'est accrue d'une manière continue depuis le commencement de la vie du sujet, dans la *neurasthénie acquise* il s'agit d'un état d'épuisement psychique provoqué

(1) Gilbert Ballet, *Lésions des cellules de l'écorce cérébrale dans certaines formes de confusion mentale* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1898, p. 636).

(2) Roubinovitch et Vlavianos, *Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la confusion mentale* (*C. R. du XIII[e] Congr. intern. de médecine*. Paris, 1900. Section de Psychiatrie).

par un surmenage intellectuel, une longue excitation psychique, un repos insuffisant et, avant tout, par un manque de sommeil. On connaît la neurasthénie des examens [et des concours]. Dès le commencement d'un travail intellectuel, il survient en pareil cas un sentiment de fatigue, la ténacité et la persévérance lâchent pied ; la compréhension est alourdie et parfois complètement abolie ; la mémoire laisse à désirer; les mots manquent parfois. A cela s'ajoutent l'inquiétude, l'agitation, les vertiges et les maux de tête. Le sommeil est défectueux. Des paresthésies s'établissent. Puis apparaît la série suivante de symptômes physiques : rachialgie, faiblesse des membres, affaiblissement du cœur, troubles digestifs, troubles des fonctions génitales.

Il n'est guère utile, en se fondant sur la prédominance d'un de ces derniers symptômes, d'établir des variétés cliniques de neurasthénie *spinale*, *cardiaque*, *intestinale*, *sexuelle*, pour opposer ces diverses formes à la neurasthénie *cérébrale* dans laquelle prédominent les symptômes psychiques. Ces distinctions sont d'autant plus difficiles à justifier que même les signes, comme la tachycardie ou la faiblesse sexuelle, par exemple, subissent justement l'influence du cerveau. Bien plus importante est la distinction à faire entre la neurasthénie acquise et la neurasthénie constitutionnelle. Cette dernière présente des phénomènes morbides plus changeants; elle est aussi beaucoup plus tenace; elle engendre un état cœnesthétique caractérisé par une mauvaise humeur plus permanente ; elle crée plus souvent une tendance à des obsessions et à des impulsions. Il est vrai que la neurasthénie par épuisement psychique s'accompagne quelquefois aussi de *manies* et de *phobies*, mais qui n'ont pas la même intensité que dans la neurasthénie constitutionnelle. Ce qui est à noter encore, c'est la différence (déjà mentionnée au chapitre XIII) qui existe dans les deux affections au point de vue de l'aptitude au travail intellectuel. Les neurasthéniques par épuisement offrent le type d'individus en état de grande fatigue physiologique; dès le début de l'affection, leur production baisse. Au contraire, les neurasthéniques constitutionnels présentent à cet égard des oscillations extraordinairement grandes. Sans doute, sur le terrain d'une neurasthénie constitutionnelle, tout effort physique un peu prolongé amènera un épui-

sement psychique beaucoup plus facilement qu'il ne l'amènera chez les gens bien portants. Il n'est pas rare du tout, étant donné le nombre des dégénérés, que de tels cas combinés se produisent naturellement, en raison de la vie fatigante des grandes villes. Ce n'est que dans un dixième de tous les cas portant le diagnostic de neurasthénie que l'épuisement psychique est la seule cause à invoquer; pour tous les autres cas, il s'agit d'une neurasthénie constitutionnelle ou d'une combinaison des deux affections.

De même que dans toutes les psychoses par épuisement, la terminaison habituelle de la neurasthénie acquise est la *guérison*. L'essentiel pour le traitement est de supprimer les causes qui l'ont engendrée avant que des complications plus graves ne viennent se surajouter.

Il est à remarquer encore que l'ensemble des accidents qui caractérisent la neurasthénie acquise peut se produire sous l'influence d'autres facteurs agissant sur le système nerveux central et produisant une fatigue immédiate, une impossibilité de tout travail intellectuel, un état cœnesthétique triste avec irritabilité, une concentration excessive de l'attention sur soi-même. Ainsi, on observera ces symptômes consécutivement aux *intoxications*, telles que l'alcoolisme, le nicotinisme, le saturnisme, l'arsenicisme; on les constatera encore à la suite de maladies somatiques de longue durée, en particulier de celles qui sont accompagnées de fortes douleurs, et aussi consécutivement à certaines affections cérébrales. C'est surtout pendant la convalescence de diverses maladies infectieuses, comme l'influenza, que se développe de préférence la neurasthénie par épuisement. Il est utile que le diagnostic mentionne toujours la cause première de l'affection et qu'il soit formulé, par exemple, comme ceci : « Neurasthénie d'origine alcoolique » ou « neurasthénie consécutive à la grippe ». Sur la neurasthénie et l'hystérie traumatique, voy. le chapitre XIV.

Krafft-Ebing a décrit au cours de la neurasthénie des *états crépusculaires* de la conscience. Un épuisement très intense déterminé, par exemple, par des veilles répétées prolongées, peut sans doute produire de la prostration et un trouble de la conscience. Mais ces états disparaissent généralement assez vite, quand il ne s'agit pas d'un début de confusion mentale ou de délire de collapsus. Il me

paraît difficile d'établir, comme le fait Krafft-Ebing, deux formes cliniques spéciales : la *paranoia neurasthénique* et la *mélancolie des onanistes neurasthéniques*.

Le *diagnostic différentiel* de la neurasthénie acquise doit être fait avant tout avec toute une série d'*affections somatiques*, et particulièrement avec la *tuberculose*, la *néphrite chronique*, les *affections du tube digestif* et les *maladies de la nutrition*, comme la *goutte*, par exemple. Parfois, le tableau clinique de la neurasthénie par épuisement rappelle les périodes initiales des affections organiques du système nerveux : *tumeurs*, *syphilis cérébrale*, *tabes*. Parmi les psychoses, il y a lieu de faire le diagnostic avec l'*épilepsie*, les divers états d'*affaiblissement intellectuel*, les formes très légères de la *folie intermittente*, et surtout avec la *paralysie générale* au début. En effet, il faut toujours penser à cette dernière affection chaque fois qu'un sujet d'âge moyen souffre d'accidents neurasthéniques, sans qu'il y ait, pour expliquer leur éclosion, un surmenage intellectuel ou une prédisposition dégénérative. Les neurasthéniques ressentent une pression sourde et continue au niveau du front ; la céphalalgie des paralytiques se manifeste, au contraire, sous forme de crises fréquentes. Une hémiparésie faciale, une inégalité pupillaire, l'hypoalgésie plus ou moins généralisée, sont des signes primordiaux plaidant en faveur de la paralysie générale, de même aussi qu'un affaiblissement de la mémoire pour les événements les plus récents, accompagné d'un changement de caractère [ainsi que la *lymphocytose du liquide céphalo-rachidien*].

Le *pronostic* est favorable quand le neurasthénique se prête réellement à un *traitement* sérieux et ne reprend pas, aussitôt après la cure, son ancien genre de vie de fatigue et de surmenage. L'agent essentiel dans ce traitement est le repos. Dans des cas graves, le malade doit être alité pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Lorsque la nutrition générale est insuffisante, il faut instituer un régime d'engraissement. Le massage et l'hydrothérapie modérée sont utiles. Il n'y a pas grand avantage à retirer de l'électrothérapie. L'hypnotisme peut aider à calmer les malades. Les promenades, les exercices musculaires ne doivent commencer que dans le stade assez avancé de la convalescence. Quelquefois, le séjour dans un établissement spécialement aménagé pour le traitement des affections nerveuses est nécessaire. Le plus souvent, un séjour

au bord de la mer, dans les montagnes d'altitude moyenne, dans la forêt ou à la campagne, est largement suffisant. Si le malade est suffisamment docile, on peut instituer le traitement à son domicile.

XXVI. — PSYCHOSES FÉBRILES ET INFECTIEUSES

[Des travaux d'ensemble sur les *délires infectieux* ont été publiés en France par Thore, Chéron, Christian, Foville, Ball et Ritti, Briand, Régis et Chevalier-Lavaure, Gilbert Ballet, Bordas, Roubinovitch, Séglas, Toulouse, Faure.]

Dans les maladies infectieuses, particulièrement dans les affections fébriles, on observe assez souvent des troubles psychiques qui, parfois, ne se manifestent que pendant quelques minutes ou quelques heures, mais qui durent quelquefois pendant un certain nombre de jours. Très peu de ces cas sont observés dans les asiles d'aliénés, parce que la place principale du tableau clinique appartient à l'affection somatique. Néanmoins, l'internement est parfois rendu nécessaire par l'excitation du malade ou bien par ses idées et tentatives de suicide. Il est même arrivé que des aliénistes ont pu établir le diagnostic d'une maladie infectieuse, par exemple de la fièvre typhoïde à la période d'incubation, rien que d'après l'apparition de certains symptômes psychiques.

L'effet produit sur l'écorce cérébrale par l'élévation de la température, par l'altération de la nutrition, par une augmentation de l'activité cardiaque, ne peut guère être distingué de l'influence toxique qu'exercent sur cette écorce les poisons bactériens. Chez de petits enfants, il suffit souvent d'une très faible élévation de la température, à l'occasion d'une simple bronchite, pour provoquer chez eux le délire ou le coma. Parfois des maladies infectieuses graves ne déterminent point, par elles-mêmes, l'éclosion de troubles mentaux qui ne se manifestent qu'à l'occasion de quelques graves complications d'ordre somatique, comme, par exemple, une hémoptysie ou une hémorragie intestinale. Dans ces cas, les accidents psychiques sont provoqués par l'anémie cérébrale et doivent, par conséquent, être considérés comme des délires du collapsus. D'autre part, il n'est pas rare de voir survenir des troubles mentaux avant le début ou après la

disparition de la fièvre, sans qu'on puisse invoquer à aucun moment l'effet d'un épuisement et où l'on ne peut expliquer l'origine du délire que par l'intervention d'un facteur toxique. Dans plusieurs maladies infectieuses, il y a lieu de distinguer des psychoses offrant des caractères cliniques qui leur sont propres.

La *fièvre typhoïde* présente parfois (Friedländer), avant même l'élévation de la température, des troubles mentaux constituant ce qu'on appelle le *délire initial*. Il s'agit, dans ce cas, soit d'une obnubilation de la conscience avec désorientation, troubles sensoriels et conceptions délirantes sans excitation, soit d'une forme assez caractéristique d'excitation qui rappelle la manie et qui s'accompagne de la fuite d'idées plus ou moins incohérentes, d'un besoin perpétuel de mouvements, d'émotions tristes et souvent de tentatives ou d'idées de suicide. Plus tard, à la période d'état de la fièvre typhoïde, quand la température est au maximum de son élévation, on assiste parfois à l'éclosion des *délires*, avec *prostration*. Vers la fin de la fièvre typhoïde, ou même seulement pendant la convalescence, on peut voir se produire une *confusion mentale hallucinatoire*. Le *pronostic* de ces divers délires est généralement défavorable, et plus de la moitié des typhiques délirants périt. Les accidents psychiques initiaux [préfébriles] dépendent indubitablement de poisons bactériens. Les troubles délirants ultérieurs sont peut-être produits par la fièvre, mais ils doivent être dus probablement aussi en partie à quelque processus inflammatoire du côté de l'encéphale et des méninges.

[Les divers délires qui apparaissent à toutes les périodes de la *dothiénentérie* ont été décrits par un grand nombre d'auteurs français : Chomel, Louis, Esquirol, Sauvet, Max Simon, Thore, Morel, Baillarger, Berthier, Marcé, Magnier, Chéron, A. Voisin, Ball et Ritti, Marandon de Montyel, Joffroy, Chantemesse, Régis, Glover. Il résulte de ces études cliniques qu'à la période d'incubation on observe le plus souvent de la *stupeur*; pendant la période d'invasion, de l'*excitation maniaque*, pouvant prendre les proportions d'un *délire aigu* ; à la période d'état, de la *confusion mentale* avec ou sans hallucinations, avec ou sans idées mélancoliques ; dans la convalescence, les *délires d'inanition*, d'*épuisement*, d'*asthénie*, avec idées mélancoliques ou mégalomaniaques, ou de persécution.

Parmi les *complications* éloignées de la fièvre typhoïde, Aug. Voisin a signalé la *paralysie générale*.]

Audemard désigne ces cas de fièvre typhoïde avec délire sous le nom de *cérébro-typhus*. Quelques-uns de ces typhiques délirants sont prédisposés par une *tare héréditaire*. Parfois il reste, à la suite des accidents mentaux, un *affaiblissement intellectuel* ou bien des manifestations épileptiformes.

Nissl, dans ses recherches *anatomo-pathologiques* sur les *délires typhiques*, a trouvé : d'une part, une forte injection des vaisseaux avec multiplication considérable de leucocytes, et, d'autre part, une altération des cellules nerveuses, caractérisée par un *gonflement du corps cellulaire*, destruction du protoplasma, une coloration diffuse des prolongements, une *prolifération de cellules névrogliques* avec accroissement considérable de prolongements de ces dernières.

On constate quelquefois des *accès délirants* au cours de la *pneumonie*, qui, d'ailleurs, devient assez souvent, chez les buveurs, la cause déterminante d'un *délire alcoolique*. Dans la *variole*, la *diphtérie*, l'*érysipèle*, le *rhumatisme articulaire aigu*, on a vu des *délires* avec vive *excitation*, de même que dans le *choléra* et la *peste*. Parfois on a observé, dans des *délires infectieux*, des *températures hyperpyrétiques*, arrivant à 44°, ce qui est d'un pronostic très défavorable.

[Dans le *choléra*, les accidents délirants (*confusion mentale hallucinatoire*, *stupeur*) peuvent se manifester à la phase de la réaction ou pendant la convalescence. Des observations de ce genre ont été publiées par Delasiauve, Ball, Mesnet, Séglas.]

[Le *rhumatisme articulaire aigu* s'accompagne parfois de syndromes délirants avec *excitation maniaque* et *hallucinations* variées. Dans certains cas, un accès d'excitation peut remplacer une crise de rhumatisme. Enfin, le rhumatisme articulaire aigu peut être quelquefois suivi d'un délire à forme *mélancolique* (Mabille et Lallemant, Mesnet).]

[L'influence de la *syphilis* acquise sur la production des accidents délirants paraît admise par Mairet. Le rôle de cette infection est surtout grand dans la production de la *paralysie générale* (Fournier, Morel-Lavallée et Bellières, Régis, G. Ballet).]

[La *blennorragie* peut donner lieu à des troubles mentaux, la *dépression mélancolique* le plus souvent (Cullerre, Pitres).]

[Dans la *variole*, le délire est généralement *hallucinatoire* (Thore, Quinquaud). Mabille a publié en 1883 une observation de *paralysie générale* provoquée par la variole.]

[Séglas, chez une femme de trente ans atteinte de *rougeole*, a pu observer de la *stupeur*, interrompue par des crises d'agitation délirante. La fièvre était intense ; sept jours après est survenue une amélioration ; et trois semaines après, la guérison.] Dans la *scarlatine*, on trouve quelquefois aussi des troubles psychiques. En outre, Moureyère a décrit, après la scarlatine, un *pseudo-tabes* avec convulsions unilatérales, névralgies et accidents délirants. [Au cours de la *scarlatine*, les délires se montrent généralement à la fin de la première semaine. Leur durée est éphémère. Il s'agit le plus souvent de la *confusion mentale hallucinatoire*.]

Dans l'*influenza*, on a observé souvent des délires, principalement, il est vrai, chez des individus fortement prédisposés.

[Dans l'*influenza*, Joffroy a décrit pendant la période fébrile un délire violent avec *agitation maniaque et hallucinations*. Pierret, Mairet, J. Voisin ont signalé des accidents mentaux (*mélancolie*, *stupeur*, idées de persécution) consécutivement à l'influenza.]

[L'*érysipèle* peut s'accompagner de divers délires, soit au moment de l'hyperthermie, ce qui est le cas le plus fréquent, soit au moment de la convalescence. Ces délires sont : *confusion mentale hallucinatoire* ou non, accès d'*excitation maniaque*, accès de *stupeur* ; et, comme complication ultérieure possible, la *méningo-encéphalite diffuse* (Chéron, Christian, Baillarger, Morel).]

[Bayle en 1826, Lannois et Lemoine en 1886, ont signalé des troubles mentaux dans les *oreillons*.]

[D'après Morel, Ball, Toulouse, les diverses phases et formes de la *tuberculose* peuvent s'accompagner des troubles mentaux les plus variés.]

La *phtisie pulmonaire* peut, par des lésions organiques du cerveau, exercer une influence sur l'état mental, et, de plus, par suite d'épuisement, conduire à une *confusion mentale*. En outre, il faut noter l'*euphorie* si singulière

des phtisiques avancés, due probablement à l'influence d'un facteur toxique. Les délires infectieux sont plus rares dans la tuberculose.

La *rage*, quoique accompagnée constamment d'un trouble psychique, est sans intérêt pratique pour l'aliéniste. Elle commence par un sentiment d'inquiétude ; puis, à la période hydrophobique, le malade présente de l'angoisse, des convulsions et de l'essoufflement; vient ensuite la période paralytique, qui, ordinairement, se termine par la mort.

[Les diverses périodes de la *rage* peuvent s'accompagner de troubles intellectuels : au début, *délire mélancolique* ; à la période d'état, *excitation maniaque* avec *hallucinations* nombreuses ; à la période terminale, *stupeur*.]

Dans la *lèpre* s'établit souvent, au début, une altération de caractère; plus tard surviennent quelquefois des troubles sensoriels, de véritables *hallucinations tactiles* de la peau. Meschede et d'autres ont, dans quelques cas, observé des *délires* avec *hallucinations*, de même que de la *dépression* et une tendance au suicide.

Dans la *malaria*, à la fièvre se joint parfois, surtout chez les prédisposés, une crise d'*excitation* ou de *dépression*. Quelquefois aussi on a observé des *délires périodiques* venant remplacer les accès fébriles, en quelque sorte à titre d'équivalents comme une espèce de *malaria larvée*. Chez les *enfants* se produisent (d'après Pasmanik) des *états comateux* parallèlement aux accès de fièvre. De plus, d'après Tikanadze, des manifestations *hystériques* se montreraient fréquemment sur le terrain de l'infection malarienne.

[Les troubles psychiques liés à l'*impaludisme* ont été signalés par Sébastian, Baillarger, Morel, Lemoine et Chaumier, Mabille, Marandon de Montyel. On a constaté notamment : la *stupeur*, la *mélancolie anxieuse*, la *confusion mentale hallucinatoire*, l'*excitation maniaque périodique*, la *paralysie générale*.]

Dans le *béribéri*, on observe parfois de la *dépression*, des vertiges, un sentiment de pression autour de la tête, un *affaiblissement de la mémoire*. Mais ce qu'on y voit plus fréquemment, ce sont des hyperesthésies, des paresthésies, des troubles de la motilité, des contractures spastiques, des convulsions toniques et un affaiblissement du pneumogastrique.

Sur les états neurasthéniques survenant au cours de la convalescence de diverses maladies infectieuses, voy. le chapitre XXV.

XXVII. — PSYCHOSES TOXIQUES

Les *intoxications aiguës* sont, la plupart du temps, accompagnées de troubles psychiques, et cependant leur traitement n'est pas encore un des problèmes les plus importants soumis à la compétence des aliénistes. Au chapitre III de ce livre, nous avons exposé le rôle des intoxications dans la genèse des affections mentales. En outre, un certain nombre d'*intoxications chroniques* dégradent plus ou moins les fonctions psychiques. Ainsi, dans les contrées où règne la *pellagre*, des pellagreux encombrent les asiles d'aliénés. L'abus de l'*éther*, de l'*opium*, de la *nicotine*, peut également provoquer des troubles psychiques. De plus, des psychoses se déclarent dans certaines intoxications chroniques d'origine industrielle, notamment dans l'empoisonnement par le *sulfure de carbone* et par le *plomb*. Néanmoins, ces cas ne sont pas très fréquents, de sorte que nous pouvons renvoyer, pour les détails qui les concernent, au résumé du chapitre III. Nous ne parlerons ici que des psychoses dues aux intoxications les plus importantes : l'*alcoolisme*, le *morphinisme*, le *cocaïnisme*.

A. — ALCOOLISME

[C'est au XI[e] siècle que les Arabes firent connaître l'*alcohol* qu'ils obtenaient par la distillation du vin ; cette substance resta longtemps dans les officines des apothicaires. La situation changea à partir du moment où la distillation du vin fut entreprise en grand par la communauté des vinaigriers ; c'était en 1514, et par une faveur spéciale de Louis XII. L'alcoolisme s'implante alors en France.

Au XVI[e] siècle, la vente des eaux-de-vie devient publique, et la consommation augmente progressivement. L'apparition des alcools d'industrie dans la première moitié de ce siècle a eu, au point de vue des progrès de l'alcoolisme, des conséquences terribles, tant en France que dans l'Europe tout entière, et surtout dans les pays du Nord. Le cri d'alarme jeté en 1849 par Magnus Huss

sur les ravages de cette intoxication en Suède a été le point de départ d'une réaction scientifique contre le flot montant de l'alcoolisme. Aussi n'est-il pas étonnant qu'à l'heure actuelle où le fléau est à son plus haut point de développement en France, on essaye par tous les moyens de restreindre ses ravages. L'instituteur, le prêtre, le médecin ont là une belle mission à remplir en préparant, par une hygiène intellectuelle, morale et physique, des générations nouvelles débarrassées des préjugés relatifs aux boissons alcooliques.

Les travaux français sur l'*alcool*, l'*alcoolisme* et les *troubles mentaux alcooliques* sont trop nombreux pour que nous ayons la prétention de les énumérer tous. Rappelons seulement ceux d'Esquirol, de Morel, de Lasègue, de Lancereaux, de Magnan et Laborde, de Dujardin-Beaumetz et Audigé, de Rabuteau, de Cadéac et Monnier, de Joffroy et Serveaux, de Motet, de P. Garnier, qui, se plaçant chacun à un point de vue spécial, ont contribué à éclaircir un grand nombre de problèmes se rattachant à l'intoxication alcoolique, la plus importante de toutes celles qui sévissent actuellement en France, celle, à coup sûr, qui contribue le plus largement à propager et à entretenir les grands fléaux des temps modernes : la *misère sociale*, la *tuberculose* et la *folie*. Les aliénistes français modernes ont eu le grand mérite de comprendre l'extrême gravité de la situation faite à leur pays par l'alcoolisme et, se jetant hardiment les premiers dans la lutte pratique contre cette intoxication volontaire, ils sont parvenus à remuer profondément l'opinion publique, à entraîner cette dernière en faveur de la diminution de la consommation des boissons alcooliques, à transformer les programmes d'enseignement primaire et secondaire dans le sens nettement anti-alcoolique. Ils ont contribué à créer, en outre, de grands groupements humains, des *ligues* contre l'alcoolisme, tantôt parmi les adultes (*Société française de Tempérance*, fondée en 1872 par Lunier, et l'*Union française anti-alcoolique*, fondée en 1895 par Legrain), tantôt parmi les enfants et jeunes gens (*Association de la Jeunesse française tempérante*, fondée en 1896 par Roubinovitch). Il est permis d'espérer que, grâce à tant d'efforts d'ordre scientifique, social et philanthropique, l'évolution vers un état meilleur se fera progressivement en France, comme elle s'est faite en Suède et en Norvège, sous l'influence

des travaux analogues de Magnus Huss et de quelques-uns de ses concitoyens.]

I. — Alcoolisme aigu.

L'*alcool éthylique* produit chez l'homme une altération intellectuelle *aiguë* qui est l'*ivresse*. La quantité d'alcool nécessaire pour produire cet effet diffère selon chaque individu. Ainsi, des sujets prédisposés, psychopathiques, plus particulièrement les dégénérés et les épileptiques, présentent souvent une *intolérance pour l'alcool*, au point que 10 grammes de cette substance suffisent parfois pour provoquer des conséquences graves. L'alcool passe, immédiatement après son entrée dans l'économie, dans la circulation, dans les cellules de l'organisme ; mais son effet se maintient encore longtemps après sa combustion complète.

L'expérimentation psychologique montre déjà chez l'homme sain un effet évident résultant de la consommation de quantités minimes d'alcool. Ach a établi que 30 centimètres cubes compromettent considérablement la compréhension. Fürer et Rüdin ont trouvé qu'une absorption unique d'une quantité d'alcool ne dépassant pas 100 grammes produit chez la plupart des sujets une diminution de la faculté d'association, surtout pour le calcul, de même qu'une diminution de la mémoire ; ces troubles intellectuels persistent souvent pendant plus de vingt-quatre heures et parfois même pendant quarante-huit heures. Smith et Kürz, en faisant succéder à une série de jours avec suppression d'alcool une autre série de plusieurs jours avec une dose quotidienne de 80 grammes de cette substance, ont démontré que, dès le début de l'usage de cette dernière, la productivité psychique diminuait, pour se relever seulement un certain temps après l'élimination totale du liquide actif. Dans les expériences relatives à l'association des idées, on constate un relâchement et un appauvrissement dans cette fonction psychique ; on remarque, en particulier, une diminution dans les associations du fond même de la pensée, et cela au profit des associations superficielles, fondées uniquement sur une ressemblance extérieure des sons et sur des habitudes banales du langage. Au point de vue psychomoteur, l'alcool favorise la production des impulsions motrices. Le temps de la réaction motrice est abrégé, mais la sûreté des mouve-

ments est amoindrie. C'est principalement dans les expériences sur les réactions de choix que ce fait se démontre clairement par suite de la production des réactions irrégulières ou fausses. L'examen de la production musculaire au moyen de l'ergographe donne, d'après Osertzkowsky, les résultats suivants : pour 15 à 50 grammes d'alcool, on obtient une élévation considérable, mais de courte durée, qui repose sur une prompte exécution de tous les mouvements, tandis que chaque mouvemen isolé est lui-même moins productif qu'à l'état normal. Ici encore, l'alcool a facilité la production des impulsions motrices, d'une manière semblable à celle que nous avons constatée pour les réactions associatives et de choix. Cependant, cette augmentation de la production musculaire ne dure pas. Glück a trouvé que l'augmentation de travail, acquise au début par 40 grammes d'alcool, baissait déjà d'un tiers après dix minutes. Dans d'autres expériences, on a même constaté une diminution après quatre minutes. La force de chaque mouvement en particulier ne s'est pas accrue; seulement, au début, le nombre de levées successives du poids a été augmenté. Plus la force musculaire est mise à contribution, plus elle est compromise sous l'influence de l'alcool, comparativement à l'état normal.

[Les *qualités alimentaires* de l'alcool ont été prônées par Liebig, Bouchardat, Gruber, Binz. Ces auteurs le considèrent notamment comme un aliment hydrocarboné, respiratoire et, de plus, comme antidéperditeur, ou aliment d'épargne. Pour toutes ces raisons, ils pensent que l'alcool est un excitant du travail musculaire. La classe ouvrière s'est trop imbue de cette opinion venue de haut et qui, à l'heure actuelle, est encore profondément enracinée dans l'esprit de bien des gens. Carpenter s'est élevé depuis longtemps contre cette idée; il a démontré, à l'aide d'exemples, que l'alcool est capable de donner un coup d'éperon, qu'il permet un effort momentané, mais non un travail soutenu, prolongé; après l'augmentation du travail qui suit presque immédiatement l'absorption, arrive un sentiment d'engourdissement de tout l'être qui rend la production musculaire extrêmement faible. On a voulu (Hermann, Frey, Destrée) prouver l'inanité de la valeur dynamogénique de l'alcool à l'aide d'expériences avec l'ergographe de Mosso. Il faut avouer que ces recherches expérimentales ne sont pas tout à fait convaincantes : la volonté de l'expérimentateur

intervient à chaque instant et peut faire varier les résultats dans un sens ou dans un autre, au gré de ses désirs; les conditions expérimentales de Frey, Destrée, sont telles que les partisans de l'alcool comme ses adversaires peuvent prouver tout ce qu'ils voudront. Aussi, pour se faire une opinion sur cette question, est-il préférable de tenir compte de l'expérience de tous les jours. Quand on constate que tel ou tel cycliste ou ascensionniste, célèbre par son endurance à la fatigue, préfère ne pas absorber d'alcool, disant qu'il lui coupe les jambes, on est bien forcé de donner raison à Carpenter. C'est un fait d'observation, et, comme tel, il vaut mieux que toutes les démonstrations qui ne sont pas rigoureusement scientifiques.

La valeur *alimentaire* des alcools est d'ailleurs toute THÉORIQUE. Il y aurait, d'après les recherches d'Atwater, sur lesquelles Duclaux a attiré dernièrement l'attention publique, dans les boissons alcooliques une source d'énergie *théoriquement* analogue à celle que l'amidon, la graisse et le sucre procurent à l'organisme. Au point de vue *pratique*, les alcools constituent un *mauvais aliment* dont l'usage régulier et même modéré est nuisible. C'est, de plus, une substance trois fois plus chère que le lait et huit fois plus chère que le pain. Les alcools ne remplissent donc aucune des conditions *pratiques* d'un aliment utile et économique. Socialement parlant, l'introduction des alcools dans le régime alimentaire constitue *toujours* une *erreur hygiénique* et, dans un nombre de cas trop considérable, un *véritable danger*.

Les *recherches expérimentales* sur la *toxicité des boissons alcooliques* ont été poursuivies en France par Dujardin-Beaumetz et Audigé, Rabuteau, Riche, Daremberg, Joffroy, Serveaux.

Rappelons les expériences de Magnan et Laborde, qui faisaient ingurgiter aux chiens, à l'aide d'une sonde œsophagienne, des eaux-de-vie de vin, de betterave, de maïs. Ici les effets toxiques étaient plus accentués avec des eaux-de-vie industrielles qu'avec des eaux-de-vie viniques. Les mêmes auteurs ont administré aux chiens de l'alcool éthylique extrait par rectification des mêmes eaux-de-vie naturelles ou industrielles, et ils ont obtenu des phénomènes toxiques de la plus grande netteté; l'alcool éthylique est donc indiscutablement un poison.

Les recherches expérimentales de Joffroy et Serveaux

constituent une mise au point du problème de la toxicité des boissons alcooliques.]

Ces constatations expérimentales sur l'action de fortes doses d'alcool viennent confirmer ce que l'observation clinique nous a appris à connaître depuis longtemps. Sous l'influence de l'alcool, les travaux intellectuels compliqués deviennent plus difficiles et la concentration de l'attention plus pénible. Au début de l'***alcoolisme aigu***, la perception est défectueuse, le contrôle disparaît, le jugement s'affaiblit. Les propos animés que l'ivrogne fait entendre dans cette période sont absolument superficiels et, au lieu de conclusions logiques et raisonnées, il fait des jeux de mots ou cite des proverbes. Citations, mots bizarres, rimes, tout cela est servi avec une abondance prolixe, sans se préoccuper des objections. En même temps, il y a de l'excitation et du relâchement dans les associations d'idées. La figure 257 représente justement un sujet ivre, surexcité, bavardant à tort et à travers, agressif. Dans les périodes suivantes de l'*ivresse*, l'aperception [ou l'attention active] devient de moins en moins sûre. A l'excitation succède une paralysie psychique, et finalement la conscience est totalement abolie. La mémoire s'affaiblit dès le début, et dans les formes intenses de l'ivresse il ne reste plus que quelques bribes de souvenir. Au point de vue psychomoteur, nous constatons d'abord de l'agitation : l'homme ivre gesticule, bavarde beaucoup, bondit. Ensuite, survient une paralysie plus ou moins accusée : la langue est lourde, les mouvements sont ataxiques et finalement se déclare une



Fig. 257. — Alcoolisme aigu. Humeur surexcitée, agressive.

incapacité complète de faire le moindre mouvement.

Dans l'ivresse la plus intense, on a rarement observé l'abolition des réflexes pupillaires. L'affaiblissement de la perception et de la mémoire, le trouble de la faculté d'association, la paralysie psychomotrice plus ou moins accusée ne se réparent que peu à peu, après l'élimination complète de l'alcool absorbé.

Dans le domaine de la sensibilité affective, qui est difficilement accessible à l'expérimentation, on observe, au début, de l'euphorie. Les soucis sont oubliés. L'homme ivre voit tout en rose. Il veut chanter, fraterniser avec tout le monde. Il forme des projets. Il sent son activité cérébrale grandir. Ordinairement, peu de temps après, l'humeur devient agressive, courroucée, querelleuse, comme c'est le cas de l'ivrogne représenté par la figure 257. Une excitation sexuelle se produit. Les sentiments esthétiques et éthiques sont fortement émoussés. En revanche, dans la période qui suit, c'est la dépression qui domine le tableau clinique.

C'est sur cette euphorie passagère, qui donne l'oubli des soucis de la vie quotidienne et l'illusion d'une productivité mentale plus élevée, que repose l'influence fatale et séduisante de l'alcool, influence qui, en dépit de tous les funestes effets du poison, tient dans ses chaînes une grande partie de l'humanité. Considérée au point de vue psychologique, l'ivresse s'explique par ce même motif qui entraîne beaucoup d'hommes à la morphinomanie, à l'onanisme et à d'autres excitations euphoriques, passagères, entraînant malheureusement aux conséquences les plus graves.

[Les différents éléments qui interviennent dans la production de l'*ivresse alcoolique* — le sujet avec son idiosyncrasie et sa résistance, le poison avec la variabilité à l'infini de son degré de concentration et de sa composition chimique — font que l'accès revêt des formes très variées. Esquissons rapidement une des formes les plus graves, l'*ivresse absinthique* : Au tableau clinique de l'ivresse ordinaire s'ajoutent les attaques convulsives. Ces dernières débutent et évoluent comme de véritables attaques comitiales. On y constate de la raideur tétanique des muscles du cou et du tronc avec convulsions des membres. La morsure de la langue, la respiration stertoreuse, la miction ou la défécation involontaire, le coma final, tous les symptômes de l'épilepsie s'y produisent. La durée de l'attaque est d'une ou plusieurs heures. Au sortir

de la crise, on constate des phénomènes d'amnésie, comme après une attaque comitiale.]

2. — Ivresse pathologique.

Chez des individus *prédisposés*, une quantité d'alcool souvent très faible suffit parfois pour déterminer un état d'*ivresse pathologique*. On voit survenir alors une crise aiguë ou même suraiguë d'angoisse accompagnée d'un délire le plus souvent triste, composé d'interprétations fausses, plus rarement d'un délire avec sentiments expansifs. La conscience est obnubilée; l'orientation disparaît; la mémoire présente des lacunes. Finalement, à la suite de ces divers accidents mentaux, subsiste de l'amnésie. Dans des accès graves d'ivresse pathologique, on constate quelquefois des hallucinations visuelles, plus rarement auditives. Les symptômes moteurs peuvent manquer. On observe pourtant quelquefois, outre un balancement rythmique du corps, des cris poussés d'une manière monotone. Dans certains cas, il y a du mutisme (Heilbronner). Parmi les causes occasionnelles de l'ivresse pathologique, on cite : les fortes émotions, les facteurs débilitants, le surmenage sexuel. Les dégénérés, les épileptiques, même les neurasthéniques sont prédisposés aux diverses formes de l'ivresse pathologique.

Quelquefois on constate, en outre, dans l'ivresse pathologique intense, des accidents convulsifs et apoplectiques. Dans le premier cas, il se produit une attaque épileptiforme avec perte de la conscience et convulsions toniques. Il est vrai que ces manifestations convulsives sont plus fréquentes chez des sujets entachés d'alcoolisme chronique. D'autres individus, également alcooliques chroniques, présentent des attaques avec perte complète de conscience et abolition totale de tous les mouvements; des excitations quelconques ne provoquent plus chez eux aucune réaction; les pupilles sont dilatées et ne réagissent plus parfois à la lumière; la dyspnée et la tachycardie surviennent; assez souvent, la température descend au-dessous de la normale, et il n'est pas rare que l'homme succombe à cette attaque apoplectiforme.

3. — Alcoolisme chronique.

[Sous l'influence de l'usage et de l'abus des boissons, on peut voir apparaître deux espèces de *psychoses* : les

unes, par leur symptomatologie et leur évolution, semblent être le résultat immédiat, direct de l'intoxication alcoolique dont elles portent pour ainsi dire le cachet ; les autres ont bien éclaté sous l'influence du même usage ou du même abus, seulement leur tableau clinique n'est nullement empreint de cette marque alcoolique spéciale et rappelle toute sorte de psychoses dites *essentielles*, comme la manie, la mélancolie, le délire de persécution; les premières prennent le nom de *spécifiques*, les autres celui de *banales*. La description de ces dernières trouve naturellement sa place au chapitre des psychoses essentielles correspondantes, dont elles revêtent l'aspect clinique. Nous ne nous occuperons ici que des psychoses résultant directement de l'intoxication alcoolique, c'est-à-dire des *psychoses alcooliques spécifiques*.

On peut les ramener à trois types principaux : l'*alcoolisme cérébral chronique*, l'*alcoolisme cérébral subaigu*, le *delirium tremens*.]

L'absorption chronique de l'alcool produit rapidement des troubles psychiques, que nous pouvons déjà constater au début de l'ivresse. Tout travail intellectuel un peu complexe coûte au buveur une peine énorme; il est vite fatigué par le moindre effort intellectuel et il n'avance que lentement et par saccades. Il préfère éviter de réfléchir et rester dans l'ornière où se meut habituellement sa pensée. Son jugement devient plus faible, pauvre en associations; il n'y a plus à attendre de lui une activité intellectuelle productive. Chez l'alcoolique chronique, la perception des impressions est plus mauvaise et leur reproduction moins sûre que chez l'homme sobre.

Peu à peu aussi les sentiments moraux du sujet se dégradent. Les actes n'ont plus chez lui pour mobile des points de vue nobles, larges, élevés, mais seulement la satisfaction du bien-être momentané. Toutes les raisons morales ou esthétiques restent sans effet. Autant il est facile d'amener un buveur à reconnaître son défaut et à lui faire promettre de s'en corriger, autant l'influence de ces promesses reste vaine, parce que la volonté est complètement affaiblie chez lui. L'alcoolique chronique perd tous les sentiments naturels : la sincérité, la pudeur, le respect pour la femme, l'affection pour les enfants. Malgré cette dégradation évidente, il continue à avoir de lui-même la meilleure opinion. Il vante toutes les

bonnes qualités qu'il croit avoir; il s'irrite quand on a l'air d'en douter. Dans son euphorie d'origine alcoolique, il se montre de la plus grande amabilité vis-à-vis de ses compagnons de cabaret, mais chez lui, une fois dégrisé, il manifeste sa mauvaise humeur et ses brutalités de tyran. Peu à peu, les tendances à la violence éclatent. Il aime à montrer comme une bête sa force musculaire en maltraitant des êtres plus faibles que lui. En réalité, sa force musculaire décroît de jour en jour et bientôt il devient incapable d'un travail quelconque nécessitant de l'énergie et de la persévérance. Cet affaiblissement, en même temps que la légère excitation continue et l'absence de repos ou de sommeil, rend l'alcoolique chronique de plus en plus impropre à remplir ses devoirs professionnels. Aussi, déchoit-il de plus en plus sur l'échelle sociale et, entraîné dans un cercle vicieux, il retourne, chercher une consolation dans l'alcool.

La distinction qu'on a l'habitude de faire entre les *buveurs invétérés* et les *buveurs d'occasion* ne peut guère se justifier. Les premiers ne sont pas du tout protégés par l'abus régulier de l'alcool contre les excès plus forts; et les derniers, par les excès répétés, finissent par devenir des alcooliques invétérés, même quand ils se contentent de petites quantités. La question de savoir quelle est la quantité d'alcool nécessaire pour qu'un homme devienne un alcoolique chronique est résolue de diverses façons. Aucun buveur ne veut jamais consentir à passer pour un ivrogne. Il prétend toujours qu'il faudrait pour cela absorber des quantités bien plus considérables que celles qu'il prend et qui, d'après lui, sont extrêmement modérées. Cette prétention, cet optimisme se rencontrent même chez des hommes qui absorbent chaque jour 500 grammes d'alcool ou 5 litres de vin. Scientifiquement, on doit, avec Kraepelin, considérer comme buveur tout individu qui absorbe une nouvelle dose d'alcool avant que l'influence de la dose prise antérieurement se soit dissipée. Or, ce stade est déjà atteint, en moyenne, avec une dose quotidienne de 45 grammes d'alcool, par conséquent d'un 1/2 litre de vin par jour. Ici, l'expérimentation psychologique démontre déjà que l'absorption quotidienne à la dose indiquée suffit pour provoquer une diminution continue dans la productivité psychique. Bien plus, des observateurs attentifs de la vie

pratique sont arrivés à cette conclusion, que l'absorption régulière de ces mêmes petites quantités d'alcool affaiblit également les fonctions physiques. D'éminents explorateurs, les gens qui gravissent les montagnes, les bicyclistes, évitent, pour cette raison, l'alcool. Nansen, dans ses voyages au pôle Nord, n'a jamais pris d'alcool.

Le sentiment d'augmentation de ses forces productives, que l'alcoolique chronique éprouve après l'absorption d'une certaine quantité d'alcool, repose sur une illusion. Aschaffenburg a fait travailler des compositeurs d'imprimerie pendant un certain nombre d'heures successives, tantôt sous l'influence de l'alcool (36 à 40 grammes) et tantôt en dehors de cette influence. Tous les ouvriers avaient la conviction subjective d'avoir mieux travaillé sous l'influence de l'alcool. Mais le contrôle, pratiqué au moyen de la vérification de la quantité de composition livrée, avec ou sans alcool, donna comme résultat une diminution de production de 15,2 p. 100 en moyenne pour le travail accompli sous l'influence de l'alcool. Enfin, les compositeurs reconnurent eux-mêmes que le travail accompli le lundi, c'est-à-dire dans la période d'effet consécutif de l'alcool absorbé la veille, comprenait beaucoup plus de *coquilles* qu'à l'ordinaire.

Le préjudice psychique causé par l'usage habituel, même modéré de l'alcool, à la dose de 45 grammes par jour seulement, est indubitable pour tous. En commençant par le buveur qui, jour pour jour, consomme son litre de vin ou plus sans se sentir jamais ivre, il se forme une chaîne continue d'alcooliques toujours de plus en plus invétérés, jusqu'à ces malades complètement dégénérés au point de vue physique, intellectuel et social, qui peuplent nos maisons de mendicité, de correction et d'aliénés. Les alcooliques chroniques ne prennent plus intérêt à rien. Toutes leurs idées se concentrent sur la puissance « alimentaire » de l'alcool. La perception, l'association, et surtout la mémoire, se dégradent complètement. Leur humeur est cependant gaie, quelquefois irritée. Leur psychomotilité se relâche. A une période avancée de leur intoxication alcoolique chronique, ils présentent, au point de vue mental, une véritable *démence alcoolique*.

Troubles physiques de l'alcoolisme chronique. — Le plus grave de tous, parce qu'il menace les organes les

plus divers, est la *dégénérescence* graisseuse et athéromateuse des *vaisseaux*, l'*artériosclérose* qui, par des dépôts calcaires, transforme les vaisseaux en tubes secs et tortueux. L'induration des artères coronaires du cœur, la sclérose des artères cérébrales, sont particulièrement dangereuses. Un quart au moins des cas d'artériosclérose est causé par l'alcool. On sait aussi que la dilatation des veines occasionne fréquemment chez les buveurs des varices et des phlébectasies avec des abcès aux jambes, la formation d'une « tête de Méduse » sur la poitrine et le ventre, de même qu'un nez d'un rouge violacé.

Le *cœur* est, en outre, menacé de myocardite et de dilatation (cardiectasie), principalement chez les buveurs de bière, même chez ceux qui n'ont jamais été ivres. La dose de 3 litres par jour est, d'après Strümpell, déjà inquiétante sous ce rapport. La dose de 6 à 12 litres de bière absorbée quotidiennement, qui est à la mode en certains endroits, surtout à Munich, occasionne une *hypertrophie idiopathique du cœur* encore plus forte, à laquelle on a donné le nom de « cœur de bœuf » ou de « cœur de bière » (Bauer et Ballinger).

Les *reins* sont souvent atteints, même après un seul excès, de sorte qu'on trouve des leucocytes et des cylindres dans le sédiment urinaire. L'abus chronique détruit les cellules rénales, en leur faisant subir la *dégénérescence graisseuse*; la *néphrite chronique* et le *petit rein contracté* sont des accidents extrêmement fréquents chez les buveurs. Dans les pays à bière, on trouve surtout le *gros rein rouge*. L'usage continu, soi-disant modéré, des boissons conduit, vers l'âge de quarante à cinquante ans, à la *sclérose des reins*.

Le *foie* présente de bonne heure de l'*infiltration* et de l'*hypertrophie*; il devient gras et peut tripler de volume. Parfois, il survient un *ictère* alcoolique. La *cirrhose du foie* avec hypertrophie du tissu conjonctif, sclérose du parenchyme hépatique et ascite, s'observe surtout chez les buveurs d'eau-de-vie et de vin.

Déjà un seul excès isolé peut souvent avoir pour conséquence un *catarrhe gastrique aigu*. Mais dans l'alcoolisme chronique nous constatons les troubles les plus variés du tube gastro-intestinal, — *catarrhe chronique* de la cavité buccale du pharynx, de l'estomac et de l'intestin. Les accidents de la bouche et du pharynx engendrent la mau-

vaise haleine, parfois aussi une *stomatite* et des *ulcérations de la langue*. Les affections gastro-intestinales troublent la nutrition générale et peuvent, par le développement d'*ulcérations de l'estomac*, mettre la vie en danger. On connaît le symptôme de la *pituite* du matin.

On observe encore des *catarrhes du nez*, des *otites* et des *laryngites* ; la *trachéite* et la *bronchite* sont également très fréquentes chez les alcooliques chroniques.

Les buveurs de bière sont menacés par l'*obésité*, qui passe encore aux yeux de beaucoup d'ignorants pour le signe d'une santé florissante et qui est considérée par eux comme la preuve de la « valeur alimentaire » de l'alcool. Stumpf remarque qu'il a pu observer à Munich chez beaucoup d'enfants une obésité due à l'usage de la bière et compromettant gravement leur développement physique.

Dans l'étiologie de la *goutte*, l'alcoolisme joue souvent le premier rôle. En outre, Strümpell a décrit une forme de *diabète* déterminé par cette même intoxication.

Nous avons déjà montré au chapitre XXIII que la *névrite* se développe en grande partie sous l'influence de l'intoxication alcoolique. Chez beaucoup de buveurs on constate : du tremblement à petites oscillations qui se manifeste surtout au niveau des doigts, de l'insomnie, de l'apathie. Parmi les symptômes névritiques, rappelons les paresthésies, la sensibilité excessive des troncs nerveux sous l'influence d'une pression, les névralgies, les mouvements ataxiques et l'atrophie musculaire. Les troubles mentaux d'origine névritique ont été décrits au chapitre XXIII.

Naturellement, les symptômes physiques que nous venons d'exposer ne se montrent pas immédiatement et en bloc chez tous les alcooliques chroniques. Mais on trouve quelques-uns de ces accidents, même chez des individus qui font un usage dit *modéré* de l'alcool, chez ceux qui boivent, par exemple, 2 litres de bière par jour [ou 1 litre de vin]. En général, les premières manifestations sont : un manque d'appétit et des troubles digestifs. Survient ensuite l'obésité. Le foie se tuméfie, la respiration devient plus pénible, il y a des palpitations, des douleurs névritiques, que l'on prend ordinairement pour du rhumatisme. Peu à peu, l'organisme arrive à un grand affaiblissement, jusqu'à ce qu'il succombe à une

attaque d'apoplexie, à la faiblesse cardiaque, à la sclérose du rein ou à une cirrhose du foie avec ascite.

[**Alcoolisme subaigu.** — Nous avons vu plus haut le délire alcoolique chronique avec la dégradation intellectuelle et morale progressive qui le caractérise.

Or, sur ce fond, déjà profondément pathologique, se produisent, sous l'influence de diverses causes, des poussées délirantes pouvant durer quelques jours ou plusieurs semaines. Ces poussées délirantes survenant chez un individu atteint d'alcoolisme chronique constituent ce que Lasègue a décrit sous le nom d'*alcoolisme subaigu*; il s'agit ici bien plus d'un *rêve* que d'un vrai délire.

Le début de la crise a lieu la nuit sous forme de rêve, et ce dernier se prolonge pendant plusieurs jours.

A la période hypnagogique ou plus avant dans la nuit, le sujet se réveille aux prises avec une angoisse indescriptible : il est trempé de sueur, il a le visage blême, il a peur. Au milieu de phrases entrecoupées par l'émotion, on saisit des mots ayant trait à ses occupations, à ses travaux; il discute ou se dispute avec des interlocuteurs invisibles. Bientôt la chambre se remplit de toute sorte de choses fantastiques : c'est d'abord un point noir ou lumineux qui s'agite au fond de la pièce; ce point grandit, il devient une tache qui, à son tour, s'étale, s'amplifie, prend la forme d'un animal, d'un rat, d'un chat, d'un serpent; ces bêtes remuent, vont à droite, à gauche; c'est bientôt une collection d'animaux auxquels s'ajoutent des figures humaines, laides, grimaçantes, et tout cela remue, s'agite dans un grouillement bizarre, impressionnant, terrifiant. Il s'ajoute parfois à ces visions effrayantes des hallucinations auditives ayant le même caractère : l'alcoolique entend des injures, des menaces, des cris de désespoir, des coups de revolver. De plus, il souffre des sensations de chaleur, de brûlure, de froid, de piqûre, de pincement, autant de troubles de la sensibilité générale.

Comme on le voit, ce délire est remarquable par bien des particularités. Les idées sont extrêmement mobiles, enchaînées sans aucun ordre, en apparence du moins; elles s'associent, comme dans le rêve, au gré de sensations de toute sorte qui viennent, du dehors ou de ses propres organes, solliciter l'attention de l'alcoolique.]

4. — Delirium tremens.

Il s'agit d'une *psychose aiguë*, caractérisée par une obnubilation de la conscience, une désorientation accompagnée d'hallucinations en masse, une conservation relative de la compréhension, une excitation plus ou moins prononcée, un tremblement intense. Le *delirium tremens* ne se développe que sur le terrain de l'*alcoolisme chronique*. Cependant, pour la production de ce syndrome, il faut l'intervention d'une cause occasionnelle ou déterminante. Cette cause est constituée le plus souvent par des facteurs physiques débilitants, comme les affections fébriles, surtout la pneumonie ; les traumatismes ; les interventions chirurgicales. Parmi les causes morales, il faut indiquer toutes les excitations de la vie des sentiments. Les buveurs habituels d'eau-de-vie sont plus particulièrement menacés de *delirium tremens*.

On a prétendu que le *delirium tremens* survient chez les buveurs qu'on prive subitement de l'alcool. D'après les observations minutieuses de Bonhöffer et d'autres, il est incontestable que de tels cas de *délires par abstinence* existent effectivement. Cependant, il reste toujours la question de savoir si, à côté de la suppression de l'alcool, il n'y a pas d'autres influences de nature affaiblissante qui agissent sur l'organisme de l'alcoolique, influences telles que l'émotion consécutive à une arrestation ou la privation de nourriture. En tous cas, il est reconnu que de pareils délires par abstinence évoluent d'une manière absolument modérée. Une fois le *delirium tremens* déclaré, il n'est pas aggravé par la suppression de l'alcool.

D'ordinaire, l'accès est précédé d'une légère excitation durant quelques heures ou quelques jours. L'*état cœnesthétique* est triste, déprimé ou irrité. Le sujet a quelques hallucinations élémentaires : il voit des étincelles, par exemple. Puis, les troubles principaux surviennent assez rapidement.

La concentration de l'attention devient difficile ; mais, si l'on réussit à fixer cette dernière, on constate, d'après Bonhöffer, le bon état de l'acuité visuelle et auditive, ainsi que des sensibilités tactile, thermique et douloureuse. Seule, la perception des couleurs est un peu incertaine ; le champ visuel pour le rouge et le bleu est rétréci. Fréquemment, le malade lit de travers ou, s'il lit à haute voix,

il dit des absurdités. L'examen est d'ailleurs rendu très difficile par ses propos souvent incohérents. Le sujet ne reconnaît souvent pas les personnes de son entourage. Les impressions du monde extérieur se gravent dans son esprit d'une manière inexacte et sont souvent falsifiées par des réminiscences.

Les *hallucinations* sont très caractéristiques dans le *delirium tremens*. Le sujet croit voir quelque chose qui remue ou se traîne; il aperçoit des animaux qui fourmillent et grouillent; il les désigne habituellement comme étant des souris, des rats, des insectes, des araignées, des papillons, des serpents, des grenouilles.

Mais parfois il sait, au début, qu'il ne s'agit que d'une vague ressemblance. Un malade avait dessiné les figures de ses illusions qu'il appelait des « araignées » et que la figure 258 représente, réduites aux deux tiers.

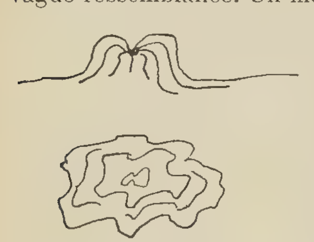


Fig. 258. — « Araignées » vues par un malade dans un accès de *delirium tremens* et dessinées par lui-même.

Au début, les sujets conservent encore une certaine faculté de discernement; ils peuvent expliquer comment et à propos de quels objets réels chacune de leurs illusions s'est formée. Mais à mesure que le *delirium tremens* progresse, les sujets finissent par croire à la réalité de leurs illusions. Les images du souvenir s'y mêlent beaucoup. Ce qui le prouve, c'est ce fait que beaucoup d'illusions ont trait à la boisson elle-même. Le délirant voit assez souvent des bouteilles et des verres. Un sujet, représenté par la figure 259, qu'on avait mis, pour le calmer, au bain prolongé, croyait apercevoir dans l'eau des poissons et cherchait à les prendre. Dans leurs troubles sensoriels, les délirants sont très suggestibles. Ainsi, on peut éveiller en eux très facilement des perceptions illusoires, en leur posant une simple question ou en les plaçant dans un endroit sombre. Il est probable que les nombreuses souris que les délirants voient sont nées de cette manière, c'est-à-dire par suggestion. Plus un délirant alcoolique est excité, plus ses hallucinations sont abondantes et mobiles.

On note assez souvent des *hallucinations tactiles* : four-

millements, morsures d'insectes ou de chiens. Ces troubles sensoriels sont particulièrement prononcés au niveau des mains. Si le délirant tend la main sans regarder, et si, en lui disant qu'on veut y mettre une pièce de monnaie, on ne fait que la toucher, il croit presque toujours y sentir l'objet indiqué. Les accidents névritiques des membres inférieurs sont interprétés par les malades



Fig. 259. — *Delirium tremens.* — Le malade, mis au bain prolongé, y aperçoit des poissons et cherche à les attraper.

comme des morsures d'animaux. On constate souvent des troubles de l'équilibre, sensation de vertige, le sentiment de planer ou de s'enfoncer. Ces derniers symptômes s'observent surtout quand les malades sont hors du lit.

On trouve parfois des illusions ou des *hallucinations auditives* : les malades entendent des sons et des paroles isolées, des murmures, des gens qui parlent tous ensemble. Un sujet croyait continuellement entendre téléphoner et répondait, appuyé contre la muraille, comme s'il y trouvait lui-même un téléphone.

Il s'agit souvent d'*hallucinations complexes*, d'événements embrouillés, d'intrigues, de scènes dramatiques auxquels se mêlent des perceptions réelles. Un malade

voyait qu'on hachait la tête à un autre malade. Un autre croyait qu'il se trouvait au jugement dernier. Un troisième voyait défiler tous les animaux de la création. Quelquefois, les sujets s'amusent de leurs hallucinations comme au théâtre.

Les troubles sensoriels peuvent être facilement provoqués à l'aide d'une excitation périphérique. Liepmann a déterminé ainsi des hallucinations visuelles chez 77 p. 100 des sujets en *delirium tremens*, en exerçant une pression sur leur globe oculaire. Il suffit souvent de mettre le malade dans l'obscurité ou de lui couvrir la tête, pour qu'il aperçoive immédiatement toutes sortes de choses fantastiques. Les *excitations endoptiques* et les *images de Purkinje* jouent certainement ici un rôle. [En 1825, Purkinje découvrit les images reflétées par les deux faces du cristallin et trouva ainsi le moyen de vérifier l'hypothèse émise en 1631 par Descartes sur les modifications de courbure du cristallin. Cette importante question de l'*accomodation* si profondément altérée chez les délirants alcooliques aigus mériterait d'être reprise chez tous les hallucinés de la vue en s'aidant des expériences célèbres de Porterfield, de Langenbeck, de Cramer et Helmholtz, de Knapp et de beaucoup d'autres.] La *suggestion* exerce sans doute aussi une grande influence, car, selon la question qui est posée, le malade voit des étoiles, des roses [ou des insectes]. On peut aussi provoquer directement des hallucinations tactiles ou auditives. Il est quelquefois nécessaire de stimuler l'attention du délirant, ce qui fait supposer que dans ces illusions il s'agit d'un processus essentiellement central.

La cohésion associative est relâchée. Bonhöffer a établi expérimentalement 20 p. 100 d'associations d'après les assonances chez un malade qui, guéri, n'en présentait que 2 p. 100. La pensée fondée sur l'attention active est abolie, mais on peut la réveiller presque toujours à l'aide d'énergiques excitations périphériques, quoiqu'il ne soit pas possible de la retenir pour un temps suffisamment long. En résumé, malgré le trouble si intense de l'intelligence, il persiste ordinairement, dans le *delirium tremens*, un certain degré de compréhension, contrairement à ce qui se passe dans les états délirants d'origine fébrile et infectieuse ou dans la paralysie générale. La faculté du contrôle, qui, au début, se maintient encore, ne résiste cependant pas

longtemps. Toutefois, hormis les perceptions illusoires ou hallucinatoires, il ne survient aucune conception délirante stable, en admettant qu'on puisse nommer *idées délirantes* celles qu'on a dans un rêve. Ces troubles sensoriels se manifestent en se mêlant souvent à des idées de souvenirs. Tant qu'il est possible de fixer l'attention des sujets, on réussit à réveiller chez eux un ensemble assez bien conservé de souvenirs et de connaissances. L'attention est troublée. On peut suggérer au malade des pseudo-réminiscences, lui persuader, par exemple, qu'il vient de chez lui ou qu'il vient de se marier. Cette manière d'être rappelle les troubles mentaux de la démence sénile et ceux de la psychose polynévritique. L'amnésie, après la disparition du *delirium tremens*, n'est pas fréquente. Les malades peuvent généralement rendre compte de tout ce qu'ils ont éprouvé pendant le délire.

En raison de l'incapacité où ils sont de bien concevoir de nouvelles impressions et de les relier avec ordre, en raison sans doute aussi de leurs hallucinations, les malades ne sont pas en état de s'orienter convenablement dans l'espace et dans le temps. Tandis que la conscience n'est généralement pas troublée, le délirant, à l'apogée de son accès, vit dans le monde de ses illusions, auxquelles viennent s'ajouter les nouvelles impressions du monde extérieur. Le sujet croit presque toujours qu'il vit dans son milieu habituel; dans son excitation, il continue à vaquer à ses occupations ordinaires. Cet état mental constitue précisément le *délire professionnel*. Ainsi, le menuisier croit qu'il rabote, le cordonnier tire son fil poissé, l'employé des postes tire des lettres, un préparateur d'anatomie fait des gestes comme s'il mettait des cerveaux dans le liquide de Müller. Beaucoup de ces malades se voient, conformément à leur vieille habitude, transportés au cabaret où ils vident verre sur verre. Dans les cas avancés et graves, on peut encore observer des délires avec *mussitation* (Voy. p. 541).

L'*humeur* des malades est triste, préoccupée au début; cette inquiétude peut d'ailleurs être facilement dissipée par la suggestion. A mesure que les hallucinations se multiplient, et malgré le caractère souvent effrayant de ces dernières, l'angoisse disparaît d'ordinaire, pour faire place à l'*euphorie*, qui est toujours le signe le plus caractéristique de l'état mental de l'ivrogne. Kraepelin désigne

ce mélange d'humeur gaie et d'idées tristes sous le nom d'*humeur patibulaire ou crapuleuse* des délirants alcooliques.

Souvent les malades, même avant le début du *delirium tremens*, présentent une *légère excitation* psychomotrice. Dans le délire, ils parlent et gesticulent beaucoup, veulent quelquefois se lever et s'en aller. D'autres, au contraire, restent étendus tout de leur long, mais sans arriver pour cela au repos. C'est surtout dans le sens du *délire professionnel* que s'expriment les mouvements, qui d'ordinaire ne sont pas de simples décharges motrices, comme c'est le plus souvent le cas chez les catatoniques, mais qui ont ici le caractère de mouvements en vue d'un but déterminé, comme dans la manie. La réaction motrice est précipitée et toujours altérée, au point de vue de sa sûreté.

Troubles physiques dans le delirium tremens.

Il n'est pas rare d'observer chez les sujets atteints de *delirium tremens* des troubles de la conscience survenant par crises accompagnées de *convulsions*. Parfois, ces *crises convulsives* se manifestent déjà dans le stade préliminaire, alors qu'il n'y a pas encore d'hallucinations intenses ni de tremblements. Quelquefois, c'est une ou plusieurs crises épileptiformes qui servent d'introduction au *delirium tremens*, ce qui est fréquemment l'occasion de morsures de la langue et d'autres blessures, ainsi que le montre la figure 260. D'après Döllken, 80 p. 100 de ces délirants alcooliques entrent à l'asile porteurs de *traumatismes* plus ou moins graves, mais toujours après que les signes précurseurs du *delirium tremens* s'étaient déjà nettement manifestés, de sorte qu'en général le syndrome mental n'est pas une conséquence des blessures, mais plutôt la cause.

Le *tremblement* est particulièrement marqué, d'abord aux mains et à la langue, plus tard aux lèvres, aux bras, aux pieds, à la tête, au corps tout entier. Le tremblement présente des oscillations très étendues, au nombre de sept à huit à la seconde. Dans les états graves de *delirium tremens*, le sujet est incapable de tenir quelque chose dans les deux mains. L'*écriture* est ataxique; mais elle ne commence d'ordinaire à devenir illisible que dans les tremblements très forts, comme la figure 261 en offre un exemple très démonstratif.

Parmi les symptômes plus rares, il faut citer : l'*achoppement des syllabes*, le *nystagmus* et la *diplopie*. Les pupilles sont souvent rétrécies, affaiblies dans leurs réactions, avec des réflexes abolis parfois complètement (dans 1 p. 100 des cas). La *parésie* de la langue et des extrémités, l'*ataxie*, des *convulsions toniques* viennent s'ajouter quelquefois aux symptômes précédents. On observe en outre des *hyperesthésies*, des *paresthésies* et des *anesthésies*. Quant aux fractures et aux autres traumatismes, le délirant alcoolique, comme d'ailleurs l'individu profondément ivre, n'en a souvent pas la moindre conscience.

Fig. 260. — Morsure de la langue et blessures au visage consécutives à une attaque épileptiforme chez un sujet atteint de *delirium tremens*.

Jacobson, Friis et Döllken ont constaté, même dans le *delirium tremens* non compliqué de maladie infectieuse, une hyperthermie dans plus des quatre cinquièmes des cas ; dans les deux cinquièmes, la température dépassait 38°. Dans certains cas on a même observé 41°. Après les crises convulsives, la température tombe parfois à 35°.

Presque constamment le délirant alcoolique présente une *dilatation du cœur*. Le *pouls* petit et dur, souvent irrégulier, est fréquent, même pendant le repos au lit ; il dépasse facilement 100 pulsations par minute et, dans une forte excitation, il va au delà de 150. A l'apogée de l'accès, le nombre de leucocytes est augmenté dans le sang (Elsholz).

La *respiration* n'est accélérée que modérément ; on

constate jusqu'à trente mouvements respiratoires par minute. La *sécrétion sudorale* est augmentée. L'*excrétion urinaire* est diminuée, parfois jusqu'à 200 centimètres cubes par vingt-quatre heures ; elle remonte seulement au moment où s'annonce l'excitation et où le sommeil survient. La densité de l'urine est élevée jusqu'à 1030.

Fig. 261. (Collection de Roubinovitch.) — Écriture ataxique d'un alcoolique en *delirium tremens* ; l'écriture rappelle celle des paralytiques généraux très avancés. Le tremblement des mains était particulièrement intense. Voici la phrase que le malade a écrite sous dictée : *Il fait très froid aujourd'hui, Paris, 19 novembre 1902.* L'orthographe est en rapport avec le degré d'instruction très faible du sujet.

Exceptionnellement, Döllken a trouvé de l'*albumine* dans 120 cas, au début du *delirium tremens*. Dans 30 p. 100 des cas, le même a trouvé de petites quantités d'albumose.

Évolution du delirium tremens.

On a essayé de distinguer dans ce délire plusieurs périodes : 1° prodromes; 2° tremblement, insomnie et troubles sensoriels; 3° délire avec excitation; 4° convulsions. Mais, dans la réalité, on ne peut guère séparer la se-

conde période de la troisième ; d'autre part, les accidents convulsifs ne se produisent nullement dans tous les cas de *delirium tremens* et parfois n'apparaissent qu'à la période prodromique. Le délire peut se terminer par la mort, soit par suicide, soit à la suite d'attaques convulsives ou de complications somatiques, comme une maladie infectieuse ou une affection cardiaque.

Souvent le délire présente, à son acmé, ce que les anciens appelaient une *phase critique* et qui consiste en ceci : après la période d'excitation la plus vive, accompagnée d'obnubilation de la conscience, le sujet tombe dans un sommeil profond et prolongé d'où il se réveille reposé, pour arriver ensuite progressivement à la guérison. Le *delirium tremens* évolue d'ordinaire en trois ou cinq jours, à partir du début des troubles sensoriels jusqu'au sommeil dit *critique*. A la suite de l'accès, les souvenirs sont relativement conservés, les facultés psychiques se rétablissent assez rapidement ; parfois, le malade continue encore à attacher de l'importance aux perceptions illusoires qu'il a éprouvées ; mais cela ne dure guère, et la plupart du temps la conscience de l'état morbide revient.

On peut aussi observer des *délires atypiques* de formes très diverses. La période prodromique ne manque que rarement. D'autre part, il arrive parfois que l'affection n'atteint pas son plein et entier développement, de sorte qu'on assiste à l'éclosion de *délires abortifs*. On constate alors l'apparition de signes précurseurs, comme l'oppression, l'inquiétude, les troubles du sommeil, le tremblement et la sueur. D'autre part, la perception est altérée. Parfois, survient de l'albuminurie. Les troubles de la parole et de l'écriture peuvent également se manifester. Cependant les troubles sensoriels typiques sont totalement absents. Döllken a décrit cette forme de *delirium tremens* sous le nom de *delirium sine delirio*.

On peut encore ranger parmi les délires atypiques à forme abortive les cas où un alcoolique chronique éprouve d'une façon transitoire des perceptions illusoires et qui consistent, par exemple, à voir, surtout pendant la nuit, des hommes noirs ou des animaux, à entendre appeler, mais sans que le malade cesse un seul moment de se rendre compte du caractère morbide de ses perceptions. Ce sont ces troubles sensoriels qu'on désigne sous le nom d'*hallucinations d'ivresse*.

On observe en même temps des tremblements, de la sueur, du sommeil agité, insuffisant, de l'angoisse.

Le *delirium tremens fébrile* est une forme décrite par Magnan ; à sa période d'acmé, ce délire peut atteindre une température de 42°. Cette forme s'accompagne d'un tremblement très fort, saccadé. Elle correspond dans l'ensemble aux « délires graves » décrits par Bonhöffer.

Parfois, on trouve avant l'accès un *délire avec mussitation* (Voy. p. 541), comme dans les psychoses infectieuses. Dans cet état, le malade est sans connaissance, plongé dans une profonde prostration ; il marmotte entre ses lèvres des mots inintelligibles et exécute de faibles mouvements stéréotypés, comme de tirer des duvets ou de tirailler la couverture du lit.

Näcke a décrit, sous le nom de *delirium tremens chronique*, une série de récidives de ce syndrome allant en s'affaiblissant à chaque nouvel accès et se reproduisant souvent pendant plusieurs semaines. Cette forme s'observe surtout chez des sujets frappés d'une dégénérescence alcoolique profonde.

5. — Psychose alcoolique hallucinatoire aiguë.

Dans cette forme d'affection mentale d'origine alcoolique, que Wernicke appelle *psychose hallucinatoire alcoolique aiguë*, et que d'autres appellent *paranoia alcoolique aiguë*, on voit se développer, d'emblée, au milieu de troubles sensoriels variés et surtout d'hallucinations auditives élémentaires, un *délire systématisé* de persécution dans lequel la conscience reste, somme toute, intacte.

Au début se produisent des *hallucinations* élémentaires *de l'ouïe*, des bourdonnements, des tintements, des grondements dans les oreilles ; bientôt ces hallucinations deviennent plus compliquées. C'est de la musique, des cris, des coups de feu et, finalement, de vraies paroles. Le malade fait attention à ces illusions ; il croit reconnaître de quel côté viennent les voix : de la rue, du poêle ; il distingue si ce sont des voix d'hommes ou de femmes ; parfois ce sont des voix tout à fait étranges, des sons incompréhensibles ; souvent plusieurs voix parlent en même temps.

Beaucoup d'auteurs remarquent en particulier le caractère rythmique, cadencé, de ces diverses hallucinations ; les bruits se font entendre d'une façon synchro-

nique aux mouvements du pouls : « Va-t'en ; va-t'en ! » ou bien : « Oui, je te tue ; oui, je te tue ! »

Le malade entend qu'on le gronde, qu'on le menace, qu'on parle de lui, qu'on blâme sa conduite. On observe assez souvent le phénomène de la « pensée parlée ». Un malade de Bonhöffer pensait qu'il voudrait bien être ailleurs; aussitôt, il entendait des voix qui lui disaient : « Si tu étais ailleurs, que n'es-tu ailleurs. » S'il pensait qu'il voudrait bien dormir, les voix disaient : « Quand même tu pourrais dormir, tu ne pourras pas dormir quand même, pas aujourd'hui, pas demain, ni bien des nuits encore. »

Les *hallucinations de la vue* sont moins fréquentes. Il se produit aussi des troubles du *sens musculaire*.

L'halluciné alcoolique, contrairement au délirant, cherche à interpréter ses troubles sensoriels ; il a des *idées de persécution*. L'obnubilation de la conscience est tout à fait minime ; la compréhension est conservée, de même que l'orientation. Le malade cherche à expliquer tout ce qu'il remarque, bien que la conscience de sa maladie lui manque. A part les conceptions délirantes, la pensée associative, la faculté de remarquer et de reproduire les impressions, et même le jugement, sont bien conservés dans l'ensemble.

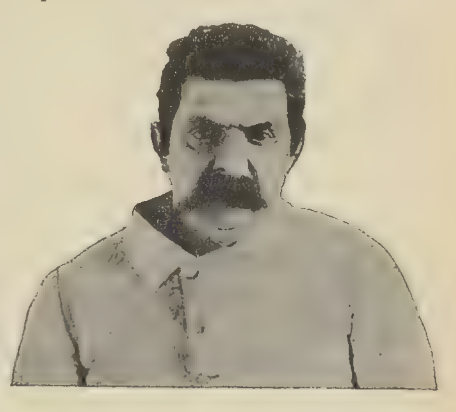


Fig. 262. — Psychose alcoolique hallucinatoire aiguë de Wernicke. — Traits flasques ; expression inquiète.

Dans le domaine cœnesthétique, c'est surtout l'inquiétude qui domine, inquiétude en rapport avec les hallucinations. La physionomie, ainsi que le montre la figure 262, exprime cette disposition d'humeur plus nettement que chez le sujet atteint de *delirium tremens*. Néanmoins, l'humeur plutôt gaie qui fait le fond du carac-

tère de l'alcoolique finit par se mettre ici également au premier plan.

L'*attitude* du sujet est influencée par les hallucinations et les idées délirantes. Un malade, qui se croyait poursuivi, se blottit dans une cheminée où il resta caché toute la journée.

Physiquement, on constate fréquemment des *troubles du sommeil*, de la *sueur*, de la *tachycardie*. Le *tremblement* intense du sujet en *delirium tremens* manque ici; ordinairement, le tremblement est ici beaucoup moins accusé.

L'affection dure de plusieurs jours à trois semaines. Souvent un profond sommeil ramène la lucidité d'esprit. Dans les cas où la marche de l'affection est subaiguë, les perceptions illusoires disparaissent lentement. D'après Ilberg, ces troubles sensoriels ne disparaissent que tard, lorsqu'il y a eu des hallucinations de plusieurs sens. Habituellement, l'affection guérit. Naturellement, dans cette psychose, il y a danger de suicide, de même qu'après, le malade guéri continuant pourtant à s'alcooliser, il reste toujours la possibilité d'une récidive, comme chez le sujet atteint de *delirium tremens*.

La raison pour laquelle un sujet est frappé de *delirium tremens*, tandis qu'un autre présente une *psychose hallucinatoire*, n'est pas élucidée. Wernicke et Bonhöffer admettent que, dans le premier cas, il s'agit de sujets plus prédisposés aux troubles sensoriels *optiques*, tandis que dans l'autre ils ont plus de tendance aux hallucinations *auditives*. Mais cela n'explique encore pas la différence qui existe dans l'évolution des deux syndromes, ni pourquoi chez l'halluciné de l'ouïe c'est l'émotion, l'inquiétude qui dominent, tandis que chez le malade atteint de *delirium tremens* il y a surtout un tremblement intense; cela ne rend pas compte non plus de la différence qui existe dans les deux affections au point de vue de la netteté de la conscience et de la compréhension.

Certains cas peuvent être considérés comme des *formes de transition* entre le *delirium tremens* et la *psychose hallucinatoire alcoolique*. D'autres peuvent être rangés parmi les cas de *psychose hallucinatoire chronique*, en ce sens que, à côté de la clarté de conscience et de la compréhension, il se produit, pendant des mois et même des années, des hallucinations auditives que le sujet cherche parfois à expliquer et à interpréter. Une malade assurait,

par exemple, que, depuis des années, elle entendait marmotter et, en même temps, elle faisait toute une théorie sur le « Royaume des Esprits ». Une autre alcoolique chronique entendait pendant des mois appeler son nom à haute voix. Dans certains cas, il se produit des sensations sexuelles qui tourmentent les malades et causent quelquefois une grande excitation, surtout pendant la nuit. Ici encore se manifeste l'humeur gaie, plus ou moins moqueuse, qui fait le fond du caractère de l'alcoolique chronique, même après une abstinence de plusieurs mois, et qu'on constate chez le malade représenté par la figure 263.



Fig. 263. — Psychose hallucinatoire alcoolique chronique. — Expression gaie, moqueuse.

6. — Psychoses alcooliques chroniques paranoïdes.

Des troubles du jugement s'observent déjà dans l'alcoolisme chronique, principalement dans la forme délirante. L'appréciation de leur propre condition, des rapports réciproques entre eux et leur entourage échappe ordinairement aux buveurs. Ils font volontiers leur propre éloge, prétendant qu'ils sont très sobres, qu'ils sont les meilleurs pères de famille. Ils sont convaincus de leur supériorité et s'attribuent, même quand ils sont physiquement dans un état de déchéance complète, toutes sortes de qualités de force musculaire, d'énergie et de volonté. Ils rejettent toute la faute sur des circonstances extérieures, sur des rivaux, principalement sur la femme et sur la famille. En outre, ils ont souvent des idées de jalousie.

Sur cette base, outre l'affaiblissement du jugement, il

peut se développer tout un système délirant assez stable et inaccessible à tous les raisonnements, à toutes les objections. Le caractère fondamental de ce délire est que le malade tire souvent des conséquences trop absolues de ses idées fausses. Les hallucinations sont rares; la perception est généralement assez bien conservée, troublée seulement dans les limites de l'alcoolisme chronique. La pensée associée, la mémoire sont, à la vérité, un peu affaiblies ; mais, d'ordinaire, elles ne sont pas profondément troublées. L'attitude du sujet est généralement correcte. Malgré les idées délirantes d'une nuance souvent mélancolique, on retrouve chez lui la bonne humeur caractéristique des alcooliques. Un malade déclarait qu'on allait l'exécuter: il reculait effrayé devant les médecins; il était méfiant, dès qu'on l'approchait; il refusait de répondre aux questions; puis, tout à coup, il se mettait à réclamer qu'on le tuât vite, au lieu d'attendre si longtemps, que d'ailleurs il avait déjà vendu son corps pour être anatomisé; tout cela dit avec un sourire malicieux et des tournures de phrase facétieuses.

Le *délire de la jalousie* est un des plus caractéristiques parmi les psychoses alcooliques chroniques. L'ivrognerie elle-même a déjà ordinairement pour conséquence des discordes domestiques. Le buveur est généralement brutal avec les siens. Ensuite, les tendances érotiques de l'homme ivre sont faites plutôt pour dégoûter la femme. Enfin, chez l'alcoolique chronique, il se produit aussi peu à peu une certaine impuissance, qui l'éloigne de la femme. La méfiance envers cette dernière s'en accroît davantage et le buveur épie toutes sortes d'indices. La figure 264 représente un de ces alcooliques jaloux. L'intervention d'un voisin dans une scène de ménage est interprétée dans le sens de l'adultère.

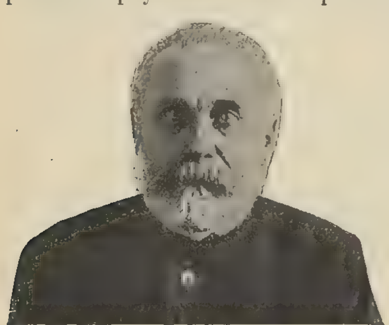


Fig. 264. — Délire de la jalousie d'origine alcoolique. — Expression triste et méfiante.

Le buveur va rechercher toutes les vieilles histoires désagréables, toutes les querelles d'avant son mariage. Il établit des comparaisons entre une ressemblance imaginaire de ses enfants avec les rivaux de ses rêves. Il est d'ailleurs possible que quelques-unes de ces récriminations soient fondées sur des griefs réels. Par moments, l'alcoolique chronique croit voir un rival rôder autour de sa maison et se glisser dans l'obscurité de l'escalier. La vie de la femme est souvent en danger par suite des brutalités du mari buveur. On a vu plusieurs cas où ces malades ont commis des assassinats. Bien des fois, des innocents pris par l'alcoolique pour des rivaux ont été victimes de sa brutalité et de son délire. Ce n'est qu'après une longue et sévère abstinence des boissons alcooliques, dans un établissement spécial, que ces états peuvent quelquefois s'améliorer, et que les idées délirantes peuvent s'atténuer à mesure que le buveur acquiert la conscience de son état morbide.

7. — Complications de l'alcoolisme.

Les rapports de l'alcoolisme avec l'*épilepsie* sont complexes (Voy. le chap. XV). L'intoxication alcoolique constitue la cause déterminante essentielle des attaques épileptiques. Après l'absorption de petites quantités d'alcool, on observe chez les épileptiques des accès d'ivresse pathologique et des états crépusculaires de la conscience. Dans leur dépression, les épileptiques recourent souvent à l'alcool ; et, en raison de ce penchant, nous avons déjà (Voy. p. 292) présenté la dipsomanie ou l'ivrognerie périodique comme étant, en réalité, une forme spéciale de l'épilepsie. Il est à noter, en outre, que même des individus qui ne sont nullement prédisposés à l'épilepsie et qui, pendant des dizaines d'années consécutives, n'ont jamais présenté aucun des symptômes de nature comitiale, sont parfois frappés d'accidents épileptiformes sous l'influence de l'alcoolisme chronique ; dans les nombreux cas observés par nous, nous avons vu des absences, des crises convulsives se produire au cours ou à la suite d'un accès de *delirium tremens*. Ce sont principalement les buveurs d'eau-de-vie qui sont sujets à des crises de ce genre. Möli en estime le nombre à 40 p. 100. On trouve chez des buveurs une telle fréquence de crises convulsives qu'on peut admettre l'existence d'une *épilepsie alcoolique*.

Dans ces cas, les convulsions surviennent par séries, souvent très rapprochées. On constate aussi, après les crises, des troubles de la conscience avec de la prostration. Wildermuth a noté l'alcoolisme chez 14 p. 100 de ses épileptiques.

De plus, il est facile de s'apercevoir que les hystériques, en raison du trouble de la volonté, opposent peu de résistance aux séductions de l'alcool. Dans l'hystérie mâle, en particulier, on observe fréquemment des accidents hystériques sous l'influence de l'alcool, notamment les troubles de la sensibilité et de la vue, les crises convulsives, même des états crépusculaires de la conscience. Lührmann a noté ces accidents chez un quart environ de ses hystériques mâles. Il semble donc qu'on peut établir l'existence d'une véritable *hystérie alcoolique*. [Consulter à ce sujet les travaux suivants : Debove, *De l'apoplexie hystérique* (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1886) ; Achard, *De l'apoplexie hystérique*. Th. de doct., 1887 ; Dreyfous, *De l'hystérie alcoolique*.]

La *neurasthénie par épuisement* peut aussi survenir sous l'influence d'une intoxication alcoolique.

Magnan, Souques, Kouznietzow ont vu se produire, chez des alcooliques chroniques, prédisposés par une hérédité morbide, un état d'*automatisme* cérébral, dans lequel les malades accomplissent tout à fait inconsciemment une suite d'actes en apparence raisonnés. Cet automatisme se produit brusquement ; il procède par accès, dure généralement quelques minutes, mais peut se prolonger durant plusieurs jours ; puis il disparaît aussi soudainement qu'il a paru. Il ne s'agissait nullement d'épilepsie chez les sujets observés. Dans les cas de dégénérescence tout à fait grave, la simple ivresse, sans alcoolisme chronique, semble déjà pouvoir produire de pareils états d'automatisme. Reste à savoir quels rapports existent entre ces crises d'automatisme cérébral et les autres formes de l'ivresse pathologique.

Quelques auteurs ont décrit une *paralysie générale* ou une *pseudo-paralysie générale alcoolique*. Tout d'abord, il faut mettre de côté les cas où un alcoolique chronique est frappé d'une véritable paralysie générale. En outre, il est à remarquer que, en raison de leur excitation et de leur sentiment d'euphorie, surtout à la période initiale de la paralysie générale, certains sujets, jusque-là sobres,

s'adonnent à des excès alcooliques et vénériens. Enfin, il y a des cas d'alcoolisme avancé, avec affaiblissement des facultés intellectuelles, dans lesquels l'état cœnesthétique du sujet est gai, expansif, accompagné d'un sentiment exagéré de sa puissance et qui le pousse à émettre des idées délirantes, à parler de sa force physique ou de sa fortune colossale. Il s'y joint même parfois une série de signes physiques qui s'observent aussi dans la paralysie générale : inégalité pupillaire, troubles des réflexes des pupilles, rarement leur abolition complète, parésie faciale, tremblement de la langue et des mains, articulation difficile de la parole, parésie des jambes avec marche parfois ataxique, réflexes rotuliens affaiblis ou absents. Assez souvent, on constate de l'analgésie. La rétention d'urine n'est pas rare. Le trouble de la parole, caractéristique de la paralysie générale, ne s'y trouve pourtant pas; la marche de l'affection est plus lente et plus continue que dans la paralysie générale vraie. Il faut, de plus, s'appliquer à bien isoler les signes physiques propres à l'alcoolisme chronique. L'évolution de l'affection est d'ailleurs toute différente : des améliorations importantes et même la guérison peuvent se produire lorsque l'alcoolique se résigne à l'abstinence des boissons et à un traitement approprié.

[8. — Alcoolisme infantile.

L'*alcoolisme infantile héréditaire* se développe au cours de la vie fœtale, depuis la fécondation jusqu'à la naissance, et à cause de cela mériterait le titre d'*alcoolisme fœtal* ou *congénital*. L'existence de ce type d'alcoolisme est nettement mise en lumière par des observations cliniques d'un grand nombre d'auteurs français, comme Morel, Lancereaux, Magnan, Déjerine, Legrain, et étrangers, comme Forel, Ladame, Combe, Demme (Suisse), Vaucleroy (Belgique), Kerr (Angleterre), Bär (Allemagne). Les constatations de la clinique ont été confirmées par les recherches expérimentales de Féré et, plus récemment, par celles de Nicloux.

Les manifestations *hérédo-alcooliques*, de nature nerveuse et mentale, sont peut-être celles qui ont le plus attiré l'attention à cause de leur gravité sociale.

L'*hystérie*, la *neurasthénie*, l'*épilepsie*, la *chorée*, les *trem-*

blements s'observent couramment dès la première génération. Les statistiques dressées pour l'*épilepsie* sont très démonstratives à cet égard. Dans 163 familles où le père ou la mère s'adonnent aux boissons alcooliques, Bourneville a constaté l'existence de 244 enfants atteints d'épilepsie; Kovalewsky a compté 100 épileptiques dans 60 familles de ce genre. Pour Ladame, les deux tiers des enfants de ces familles sont frappés de diverses formes de mal comitial.

Les *troubles psychiques* les plus variés, depuis les plus élémentaires jusqu'aux plus complexes, ne sont point rares chez les descendants d'alcooliques. *Débilité mentale* avec faiblesse de la mémoire, paresse intellectuelle, impossibilité de fixer longtemps l'attention; *imbécillité, idiotie* avec malformations ou lésions cérébrales, comme l'hydrocéphalie, la microcéphalie, la sclérose; *syndromes épisodiques* formés par des *obsessions* et des *impulsions* de toute sorte; *délires hallucinatoires* ayant pour point de départ les cauchemars et les rêves; les *états mélancoliques* et *maniaques*, tout peut apparaître chez les hérédo-alcooliques.

La simple *débilité mentale* est la plus fréquente parmi les enfants formant la première génération des buveurs. Elle se caractérise ordinairement par une mémoire fugace, infidèle, qui rend très difficile l'éducation et l'instruction de l'hérédo-alcoolique. Je soigne une jeune fille de quinze ans, enfant de buveur, qui, le temps de passer d'une pièce à une autre, oublie ce qu'on vient de lui demander, et apporte, par exemple, un portemanteau au lieu de lunettes.

Le sommeil de ces enfants est souvent troublé par des *cauchemars* tels qu'on les observe chez des alcooliques chroniques. La jeune fille dont je viens de citer l'affaiblissement de la mémoire pour les événements tout à fait récents se plaint constamment de cauchemars toujours très pénibles : elle rêve qu'elle court de grands dangers, soit qu'elle se trouve au bord d'un précipice ou sur les rails d'un chemin de fer sur le point d'être écrasée, soit que l'on cherche à l'assassiner ou à l'enterrer vivante.

Les *psychoses* véritables, comme la *mélancolie panophobique* avec des idées de suicide, l'*excitation maniaque*, la *confusion mentale*, se développent parfois chez ces enfants en vertu de la persistance des rêves et des cauchemars terri-

fiants. Ces psychoses survenant pendant la croissance ou au moment de la *puberté* peuvent se transformer en affaiblissement plus ou moins accusé des facultés intellectuelles, dit *démence précoce*, ou *juvénile*, ou encore *hébéphrénie.*

Parmi les *obsessions* et les *impulsions* des hérédo-alcooliques, il n'est pas rare d'observer la *dipsomanie*, qui se caractérise par des besoins périodiques intermittents, impérieux, irrésistibles de boire. Une anxiété des plus vives s'empare de l'enfant en présence du vin ou des liqueurs, et ne se calme que lorsqu'il a donné suite à son désir. C'est l'effet d'une transmission héréditaire de l'appétence pour l'alcool (Lancereaux) qui mène fatalement sa victime à l'alcoolisme chronique avec toutes ses conséquences désastreuses.

D'après Morel, l'*idiotie* n'apparaît qu'à la troisième ou la quatrième génération des familles d'alcooliques. Sur 300 idiots, Howe en a compté 143 appartenant à des parents éthyliques, et sur 114 cas d'idiotie Demme en a signalé 62 ayant la même origine. Dans la même famille adonnée à l'alcoolisme, on trouve parfois plusieurs enfants atteints d'idiotie ; c'est ainsi que Mitchell cite un buveur père de 7 idiots.

Dans l'ensemble, on se fera une idée très juste des conséquences héréditaires de l'alcoolisme au point de vue du système nerveux en retenant ces chiffres de la statistique de Demme : sur 57 enfants pris dans 10 familles d'alcooliques choisies au hasard, il a trouvé (en dehors des 25 morts dans les premières semaines) 12 idiots, 5 hydrocéphales, 5 épileptiques, 2 dipsomanes, 8 normaux.

Comme corollaire de toutes ces manifestations mentales hérédo-alcooliques, la *criminalité infantile* ou *juvénile* s'accentue de plus en plus dans les familles des buveurs. En Suisse, la moitié des enfants détenus dans les maisons de correction sont, d'après l'enquête du Conseil fédéral de 1884, issus de parents alcooliques.

En somme, l'ensemble de stigmates énumérés plus haut et qui caractérisent la dégénérescence humaine, au double point de vue somatique et psychique, est bien l'œuvre de l'alcoolisme héréditaire.

La symptomatologie de l'*alcoolisme infantile acquis* se distingue de celle de l'alcoolisme de l'adulte par l'intensité plus grande des accidents toxiques d'ordre nerveux en

particulier. On sait que l'enfant normal a un encéphale beaucoup plus volumineux et plus lourd que l'adulte, par rapport au reste de l'organisme. Les centres nerveux recevant, chez l'enfant, relativement plus de sang, sont, dans le cas d'une intoxication alcoolique, plus en contact aussi avec le poison. En conséquence, leurs réactions sont plus vives et les troubles plus graves.

De plus, là comme ailleurs, dans la détermination de telle ou telle manifestation de l'empoisonnement, interviennent les diverses influences héréditaires ou acquises qui fixent de préférence l'action des boissons alcooliques sur tel ou tel organe, système ou tissu de l'organisme infantile.

Nous distinguerons l'alcoolisme acquis du *nourrisson* et de l'*enfant* proprement dit. Chez le *nourrisson*, on peut observer une intoxication alcoolique *aiguë* ou *chronique*.

L'*intoxication aiguë* provoquée par l'administration au petit enfant d'un lait trop fortement alcoolisé est le plus souvent caractérisée par l'apparition d'*accès convulsifs épileptiformes*. Voici une observation de Demme (de Berne) qui peut être citée comme un exemple du genre.

Un enfant de deux mois et demi, nourri uniquement au sein, fut apporté à la consultation dans un état de grande agitation entrecoupé de crises fréquentes de convulsions généralisées. En interrogeant longuement la mère, on parvint à savoir que cette dernière prenait, chaque matin, un petit verre de *schnaps* pour se débarrasser des glaires ; à midi, un second petit verre du même liquide pour se donner de l'appétit ; à quatre heures, un troisième contre les coliques, et, le soir, un quatrième pour se procurer un repos bien mérité. On fit aussitôt cesser le sein et nourrir l'enfant avec du lait de vache ; au bout de quelques jours les convulsions cessèrent. On essaya ensuite de faire donner à nouveau le sein ; immédiatement les convulsions recommencèrent. Dès lors, on fit définitivement sevrer l'enfant, qui n'eut plus d'attaques convulsives. Des observations semblables ont été publiées par Edmunds (de Londres), Bär (de Berlin).

Généralement, ces *accès convulsifs* d'origine alcoolique se distinguent des autres cas d'*éclampsie infantile* en ce qu'ils ne s'accompagnent pas de fièvre, ni de troubles intestinaux.

Quelquefois, l'alcoolisme aigu des nourrissons peut

revêtir l'*aspect de la méningite*. Ausset a cité le cas d'un enfant de deux mois et demi chez lequel rien ne manquait au tableau d'une méningite : exagération du liquide céphalo-rachidien produisant une tumeur molle, pulsatile au niveau de la fontanelle antérieure, raideur de la nuque, intermittences du pouls, respiration suspirieuse, vomissements, cris plaintifs. Or, la nourrice de l'enfant ayant quitté son nourrisson, on apprit d'une autre domestique qu'elle buvait énormément et s'enivrait tous les soirs. Cette pseudo-méningite aboutit à une complète guérison.

Enfin, les nourrissons peuvent manifester leur alcoolisme aigu sous la forme d'*ivresse*. Un curieux exemple a été publié par Millon. Il s'agit d'un enfant particulièrement fort et vigoureux, exclusivement nourri au sein. Une bonne, à qui l'on frictionnait un jour la tête avec du « rhum vieux », tint le nourrisson sur ses genoux pendant cette petite opération. L'enfant humait donc ainsi les vapeurs alcooliques répandues à profusion. Au repas suivant, les parents furent étonnés du spectacle offert par leur fils : assis à table dans sa chaise, il menait un train épouvantable ; le visage allumé, les yeux brillants, les pommettes rouges et le bout du nez écarlate, l'enfant se livrait à une mimique de la plus haute fantaisie : ses pieds s'agitaient sous la table, ses bras faisaient les ailes de moulin ; armée d'une cuiller, sa main tapait sur son assiette, sur la table, sur les bouteilles ; sa bouche pétaradait en tortillonnant à droite et à gauche, tandis que de temps à autre, dans un langage primitif, le petit enfant traduisait sa gaieté par des cris aigus et des mélopées d'une tonalité extravagante. A la fin, le nourrisson tomba dans un sommeil profond qui se prolongea jusqu'au matin.

L'*intoxication chronique* du nourrisson se manifeste dans la grande majorité des cas par un état d'*agitation* avec cris, mauvais sommeil, faible progrès dans le poids, selles anormales. Parfois, les symptômes prennent une allure beaucoup plus grave : l'enfant est chétif, sa peau est ridée, son air souffreteux ; l'insomnie est absolue : les *convulsions* peuvent survenir et, à leur suite, des troubles oculaires comme le strabisme.

Chez l'*enfant* proprement dit, il faut également distinguer deux formes classiques : l'alcoolisme aigu ou l'ivresse et l'alcoolisme chronique.

L'*alcoolisme aigu* dans sa *forme légère* est d'observation

banale; c'est l'ivresse avec ses trois périodes classiques : *excitation*, *ataxie physique* et *intellectuelle*, *apoplexie comateuse*, que présentent les enfants qui ont absorbé une quantité plus ou moins forte de boissons alcooliques. Ce qu'il y a de particulier pour l'enfant dans cette ivresse légère, c'est que l'état comateux qui constitue sa phase terminale arrive en pareil cas plus rapidement que chez l'adulte, quelquefois presque d'emblée. Au réveil, l'enfant est brisé, courbaturé; il a des sueurs, des nausées, des vomissements et de la diarrhée.

Dans les *formes graves*, les *convulsions épileptiformes* surviennent et, parfois, l'enfant meurt dans l'espace de quelques heures. Tout dernièrement encore, à Belleghem, dans la Flandre occidentale, un petit garçon de quatre ans, fils de marchand de vin, profita de l'absence de ses parents pour absorber quatre petits verres de genièvre. Le gamin fut pris aussitôt après de douleurs abdominales, et vers le soir il eut des convulsions ; il succomba dans la nuit. Taylor a cité plusieurs cas de *mort subite* survenue immédiatement après l'absorption par l'enfant d'une certaine quantité d'alcool.

Parmi les formes graves, nous citerons encore les *ivresses délirantes* des enfants. Il s'agit en ce cas généralement de petits sujets entachés d'hérédité névropathique ou vésanique chez lesquels des quantités d'alcool même en apparence insignifiantes provoquent des états d'excitation ou de dépression tout à fait pathologiques. L'*excitation* peut revêtir un aspect de gaieté exubérante avec mouvements désordonnés que certains parents ignorants encouragent parce qu'ils trouvent cette excitation morbide « amusante et drôle ». Les malheureux ne se doutent guère qu'ils préparent de cette façon leur enfant à l'*excitation maniaque* de nature héréditaire et alcoolique, et que, tôt ou tard, il sera interné dans un asile d'aliénés. Cette excitation peut prendre une allure très dangereuse : l'enfant devient violent, querelleur, menaçant; il attente à la vie de ses père, mère, frères, sœurs ou amis, comme ce petit fou furieux alcoolique qui a essayé de jeter son frère sous les roues d'un tramway pour le faire écraser (Rodiet) ou cet autre qui, tout dernièrement (janvier 1903), a commis un assassinat, boulevard Saint-Jacques.

La forme *dépressive* de l'ivresse est rare chez l'enfant; quand elle existe, elle se manifeste par des idées et des tentatives de suicide.

L'*alcoolisme chronique* de l'enfant se caractérise par la plupart des symptômes que présente cette intoxication chez l'adulte, avec cette remarque essentielle qu'il y a prédominance manifeste de troubles d'ordre nerveux. C'est ainsi que les *cauchemars*, les troubles sensoriels *sensitifs* et *moteurs* sont particulièrement fréquents chez les petits buveurs, alors qu'il est assez exceptionnel de noter chez eux la pituite. Les *terreurs nocturnes* motivées par des rêves et des cauchemars méritent une attention toute spéciale, car leur constatation en dehors de toute autre indication précise doit inviter le clinicien à rechercher si le petit malade ne se livre pas à un usage régulier des boissons alcooliques. J'ai eu l'occasion d'observer un enfant de onze ans dont l'alcoolisme chronique s'est révélé à moi par le récit qu'il m'a fait de ses rêves :

« J'étais soldat et j'ai vu des curés qui se battaient avec des curés ennemis, avec des revolvers, des fusils, des sabres, des couteaux. J'ai vu dans mon rêve que j'étais en rang au bout du régiment et qu'un soldat ennemi m'a tué; il y avait mon oncle et je lui disais : « Les chevaux marchent « sur moi », et il m'emportait sur le trottoir. J'ai vu la guerre avec un lion, des Arabes, des nègres et des chiens sauvages; ils se battaient avec des lances ; il y avait un Arabe tombé de son cheval; le lion sauta dessus; on tua le lion. »

Élevé dans les environs d'Avranches, ce petit garçon prenait la « goutte » depuis l'âge de deux ou trois ans. Son intelligence est débile; il a été arrêté pour vol avec effraction d'un tronc d'église, en compagnie d'un camarade du même âge. Il n'existe chez lui aucun trouble digestif, aucun tremblement des mains; seuls les *cauchemars* et la *débilité mentale* révèlent son alcoolisme chronique, doublé, il est vrai, d'alcoolisme paternel et maternel.

L'affaiblissement de l'*intelligence* peut se compliquer parfois d'accidents moteurs comme les *convulsions* et le *bégaiement*. Bourneville et Boyer ont publié des cas de ce genre dont voici un exemple. Un enfant sans alcoolisme héréditaire, mais élevé au régime des boissons fermentées, arriva dans un état très normal jusqu'à l'âge de quatre ans. Entre quatre et cinq ans apparaissent des convulsions suivies d'un affaiblissement intellectuel et d'un bégaiement très prononcé. A l'école, il ne présente aucune aptitude pour apprendre quoi que ce soit; il est signalé

comme un sujet entêté, menteur, sombre et sujet à des accès de colère violente. Outre les *convulsions épileptiques*, les petits alcooliques chroniques peuvent présenter de l'*hystérie*, de la *chorée* ou une simple *excitabilité nerveuse.*]

Diagnostic des psychoses alcooliques. — Les signes physiques de l'*alcoolisme chronique* sont faciles à découvrir dans chaque cas particulier. L'*intoxication alcoolique* plus ou moins *aiguë* se reconnaît par la constatation des troubles tels que l'humeur expansive ou irritée, l'agitation psychomotrice, les manifestations paralytiques d'ordre psychique et somatique, l'odeur d'alcool répandue par l'haleine. Si l'on soupçonne l'existence de l'alcoolisme *chronique*, il faut bien se mettre en garde contre les déclarations du malade, qui affirme toujours sa parfaite sobriété. Le fait de nier l'ivrognerie, l'hypocrisie, le mensonge et la dissimulation font partie des symptômes caractéristiques de l'alcoolisme. Il faut quelquefois recourir à des dépositions de témoins, auquel cas il y a encore à considérer que, parfois, les membres de la famille sont portés à exagérer le vice du malade, ou, au contraire, à l'atténuer et à faire des déclarations favorables, surtout s'ils sont intimidés par les menaces du buveur ou par la crainte qu'il leur inspire. Les dépositions des aubergistes chez lesquels l'alcoolique a fréquenté sont, la plupart du temps, très suspectes.

Les *psychoses alcooliques proprement dites* se différencieront entre elles d'après la description que nous en avons donnée. Il est encore plus important de les différencier d'avec d'autres psychoses. Bien entendu, il faut toujours, dans cette recherche, tenir compte des renseignements sur le passé des malades. Le *delirium tremens* peut parfois faire penser aux états délirants des *paralytiques généraux* ; mais ces derniers sont plus gravement atteints dans leur intelligence ; leur réparties sont moins vives ; de plus, il subsiste ordinairement un trouble de la parole à côté d'autres symptômes somatiques. Les *états crépusculaires épileptiques* et les *psychoses infectieuses* ne présentent pas l' « humour » du buveur, ni le tremblement intense, ni la lucidité relative d'esprit du délirant alcoolique. Il est vrai cependant qu'on peut se trouver en présence de formes cliniques combinées. Parfois, les troubles sensoriels épileptiques et alcooliques alternent entre eux : ce sont tantôt des anges et des diables, des visions mystiques, le feu, les couleurs d'un

rouge vif; tantôt, des grouillements d'hommes et de petits animaux, des scènes effroyables ou gaies. Dans la *manie délirante*, l'attention du malade est plus facile à faire dévier ; de plus, on n'y trouve point les signes physiques du délire alcoolique.

La *psychose hallucinatoire alcoolique* peut faire penser aux troubles mentaux déterminés par la cocaïne, qui se caractérisent plutôt, il est vrai, par des hallucinations tactiles. Elle peut aussi faire penser aux états d'excitation avec illusions et hallucinations observés dans la *paralysie générale* et la *démence précoce*. Outre les signes physiques, il y a surtout à considérer le mélange d'inquiétude et d'humeur gaie, qui se manifeste chez l'halluciné alcoolique, par opposition à la prostration et à la démence du paralytique général, ainsi qu'au négativisme et aux tics de la démence précoce.

Les *délires systématisés chroniques des buveurs* doivent être distingués de la *démence paranoïque* et de la *paranoia*. La première de ces deux affections est très mal systématisée, remplie de conceptions contradictoires, et accompagnée de signes caractéristiques : le négativisme, les tics ; l'autre, la *paranoia*, présente un système délirant fermé se développant progressivement et restant tout à fait inaccessible à une amélioration quelconque. Chez l'alcoolique, on trouvera, avant tout, les symptômes physiques et la disposition gaie de l'humeur du buveur. Le *délire de la jalousie*, en particulier, peut s'observer encore dans l'intoxication chronique par la cocaïne, la paralysie générale et au début de la démence sénile.

Anatomie pathologique des psychoses alcooliques. — Jusqu'à présent, c'est principalement l'alcoolisme chronique et le *delirium tremens* qui ont été étudiés au point de vue de l'anatomie pathologique.

Dans l'*intoxication alcoolique aiguë* du lapin, pendant plusieurs jours, Nissl a trouvé la destruction d'un grand nombre de cellules de l'écorce. Les cellules de Purkinje ont été trouvées altérées aussi. Dans l'*alccolisme chronique*, on constate souvent une pachyméningite hémorragique, des adhérences de la dure-mère avec la voûte cranienne, un épaississement avec un état trouble de la pie-mère, des formations grises sous forme de raies le long des vaisseaux de la pie-mère, de nombreuses plaques d'artériosclérose, de même qu'une altération des cellules nerveuses. Chez

les buveurs invétérés, on trouve quelquefois une atrophie générale du cerveau.

L'œdème de la pie-mère, que certains auteurs ont trouvé chez des sujets atteints de *delirium tremens*, représente probablement, selon Bonhöffer, un phénomène cadavérique. Les vaisseaux du cerveau sont, en grand nombre, sclérosés, des hémorragies capillaires sont extrêmement fréquentes, en particulier dans la substance grise du troisième ventricule et de l'aqueduc. La névroglie est particulièrement abondante dans la couche externe de l'écorce. Dans les préparations faites d'après la méthode de Nissl, on a trouvé (Trömner) dans les cellules nerveuses les lésions suivantes : une destruction de la chromatine ; une coloration pâle, diffuse, des cellules, dont les contours sont trop accentués ; des prolongements raccourcis ; des noyaux déplacés vers la périphérie, accolés aux parois et souvent colorés ; des noyaux de la névroglie enveloppant de près les cellules nerveuses ; la pénétration de ces noyaux dans le corps même des cellules nobles. On observe quelquefois la dégénérescence granuleuse de cellules nerveuses, avec destruction des amas protoplasmiques qui s'émiettent, la transformation triangulaire du noyau, la rupture de la paroi externe du corps de la cellule qui laisse voir une partie de la gaine péricellulaire. La figure 4 de la planche XIX représente les diverses particularités de cette dégénérescence granuleuse. Ce sont surtout les circonvolutions des lobes frontaux et centraux qui présentent toutes ces lésions. Bonhöffer, après Marchi, a trouvé assez souvent une destruction des gaines de myéline, tantôt diffuse, tantôt localisée au niveau des circonvolutions centrales. Le cervelet aussi est fortement altéré, surtout le territoire du « vermis ». Dans la moelle épinière, la disparition des gaines de myéline est particulièrement marquée au niveau des cordons de Goll, surtout le long de la gaine vasculaire. L'existence simultanée de ces diverses lésions permet de faire un diagnostic anatomo-pathologique probable en faveur d'un délire alcoolique.

Pronostic des psychoses alcooliques. — Un accès isolé d'*ivresse* se termine au bout de quelques jours par un retour intégral à la santé. La consommation *chronique* de l'alcool rend le pronostic beaucoup plus défavorable, surtout à cause de l'affaiblissement de la volonté du sujet. Une fois que des phénomènes dégénératifs et des signes

physiques se sont manifestés, l'unique salut du buveur dépend non plus d'une « tempérance » aussi restreinte qu'elle soit, mais de l'abstinence totale absolue de toute boisson fermentée ou distillée.

Le *delirium tremens* se termine d'une façon variable, selon la résistance physique du buveur. La mort survient le plus souvent par suite des complications ou sous l'influence de l'affection qui a provoqué le *delirium tremens*, par exemple, de la pneumonie. Cette terminaison fatale arrive dans 12 à 15 p. 100 des cas (Mendel). La plupart des cas de ce syndrome se terminent par la guérison, sous la menace, il est vrai, de la persistance de l'alcoolisme chronique et de récidives d'un nouvel accès de *delirium tremens*. Parfois, de légers accidents hallucinatoires persistent encore longtemps à la suite de l'accès.

Le pronostic des psychoses alcooliques est, en somme, favorable, avec cette réserve que l'alcoolisme chronique et le danger de récidives persistent toujours. L'affaiblissement intellectuel et des troubles hallucinatoires chroniques peuvent persister parfois longtemps après la disparition des principaux accidents délirants.

On peut obtenir quelquefois une amélioration ou même une guérison des *délires systématisés chroniques des buveurs*. Mais, dans tous les cas, on ne peut espérer une véritable guérison de ces troubles mentaux causés par l'alcoolisme qu'à la condition qu'une *abstinence permanente* et *absolue* soit rigoureusement observée.

[Comme l'a établi déjà Morel, l'hérédo-alcoolisme présente, au point de vue du *pronostic*, des degrés dont la gravité est proportionnelle à son accumulation : les enfants de la première génération d'alcooliques peuvent profiter d'un traitement médico-pédagogique et retrouver l'état normal ; il est déjà beaucoup plus difficile d'obtenir des résultats favorables chez les enfants d'une seconde génération d'alcooliques; l'incurabilité est à peu près certaine pour les descendants d'une troisième ou d'une quatrième génération.]

Étiologie des psychoses alcooliques. — Bien que la cause de la maladie soit déjà impliquée dans le terme même d'*alcoolisme*, il faut pourtant insister sur ce fait que la grande majorité des buveurs qui deviennent aliénés est sous le coup d'une *tare héréditaire*. Dans un tiers des cas, le père était ivrogne. L'alcoolisme peut se développer tout

particulièrement chez les descendants des dégénérés, des épileptiques et des hystériques. La *résistance individuelle* à l'intoxication alcoolique est extrêmement variable. Dans quelques cas, malgré une abondante consommation d'alcool, le sujet peut encore, jusqu'à un âge très avancé, produire physiquement et intellectuellement des travaux très remarquables. Dans d'autres cas, chez des individus prédisposés ou simplement physiquement chétifs, chez des séniles, il suffit souvent de petites quantités d'alcool pour produire les effets les plus funestes. Un malade de Liemerling avait bu pendant longtemps 3 litres d'eau-de-vie par jour. A Munich, on a observé beaucoup de buveurs qui consomment jusqu'à 20 litres de bière par jour. Au point de vue du *sexe*, il y a environ quinze fois plus d'hommes que de femmes qui succombent à l'alcoolisme; ce fait s'explique par les conditions différentes de la vie pour l'homme et la femme. Malheureusement, on constate dans beaucoup de cas, et cela aussi bien chez les femmes, que l'ivrognerie ne tient ni à une prédisposition psychopathique, ni à des conditions sociales quelconques, mais uniquement à la croyance erronée que l'alcool est un « aliment ». Les médecins eux-mêmes ont sur la conscience une bonne part de responsabilité, quand ils ordonnent de l'alcool à des personnes faibles, même à des enfants, surtout sous la forme des « *vins* soi-disant *médicinaux* », voire même du « cognac médicinal ».

Nous avons déjà dit que le *delirium tremens* est fréquemment précédé d'une cause occasionnelle, exerçant sur l'organisme une action débilitante. Nous avons déjà indiqué également la difficulté d'expliquer pourquoi, chez l'un, se développe le *delirium tremens*, tandis que chez l'autre apparaît la psychose hallucinatoire ou le délire systématisé de la jalousie.

Traitement. — C'est le *traitement prophylactique* qui est surtout efficace contre l'alcoolisme. Des parents alcooliques ont non seulement souvent des enfants idiots ou épileptiques (Voy. chap. XII et XV), mais encore très fréquemment des enfants qui deviennent à leur tour des ivrognes. Il serait en particulier urgent de mettre un terme à la propagande en faveur de l'alcool qui se fait journellement par des cabarets innombrables dont l'ouverture n'est soumise à aucun contrôle, à aucune réglementation. Il serait également nécessaire de limiter la production des alcools destinés

à la consommation. Les classes éclairées de la société et les pouvoirs publics ont le devoir de lutter dans ce sens et de combattre par tous les moyens les préjugés qui se rattachent à la valeur alimentaire des boissons alcooliques.

Dans le traitement des affections internes, on pourra remplacer avec avantage l'alcool, comme analeptique et stimulant des fonctions cardiaques, par la caféine ou le camphre. Là où l'on croit ne pas pouvoir s'en passer, on devrait le prescrire directement, sous forme d'alcool éthylique pur, et ne pas ordonner la consommation par verres ou par bouteilles d'un vin ou d'une eau-de-vie quelconques.

L'alcoolique chronique ne peut guérir que par une abstinence absolue et totale. En raison même de son intoxication, le sujet est trop faible de volonté pour se soumettre spontanément à un pareil traitement. Aussi, l'internement dans une maison de santé s'impose de la façon la plus impérieuse. Comme les asiles d'aliénés ne peuvent recevoir de buveurs qu'autant qu'ils sont atteints d'une affection mentale, il faut, pour traiter les alcooliques, des établissements spéciaux. Actuellement, il y en a environ trois douzaines en Allemagne, nombre absolument insuffisant. Ce qui manque avant tout, ce sont des établissements publics pour les gens peu fortunés. L'utilité de pareilles fondations est incontestable, et pourtant il n'en existe guère. La situation est un peu meilleure en Suisse.

[En France, seul l'asile de Ville-Evrard comprend un service consacré spécialement à des alcooliques hommes.]

Il est important que le traitement dans ces établissements se continue pendant un temps suffisamment long. Ce n'est qu'après un séjour de six à douze mois qu'on peut espérer que les malades soumis à l'abstinence resteront à l'abri de récidives. A Ellikon (Suisse), la moitié des alcooliques mis en liberté a guéri d'une manière durable. Dans ces établissements, la plus stricte abstinence est de rigueur, aussi bien pour les directeurs et les employés que pour les malades. Il existe, il est vrai, un certain nombre de boissons, sans alcool, ressemblant au vin et à la bière; mais il est plus pratique d'accoutumer les malades à prendre de l'eau, du lait, du café, du thé, du chocolat, des fruits. Les sirops des fruits sont surtout indiqués, tandis que les vins et les bières dits « sans alcool » ne sont pas, en réalité, tout à fait exempts d'alcool et répu-

gnent souvent par la fadeur de leur goût. D'ailleurs, ces dernières boissons sont, de même que les sirops mousseux, d'un prix assez élevé.

Il est aussi à souhaiter que, dans les établissements consacrés au traitement des aliénés et des sujets atteints d'affections nerveuses, on pratique l'abstinence totale de l'alcool ; ce qui, malheureusement, n'est pas partout le cas; ainsi, l'établissement de Bâle, par exemple, dépense 6,4 p. 100 de son budget à l'achat des boissons alcooliques pour les malades.

L'établissement pour buveurs doit naturellement comprendre une infirmerie destinée à recevoir des alcooliques présentant des affections somatiques intercurrentes. Un facteur précieux du *traitement moral* est, autant que possible, le *travail manuel*. Le *traitement médicamenteux* joue un rôle moins important. Quelques auteurs recommandent l'emploi d'injections hypodermiques de strychnine à la dose de 1 à 3 milligrammes par jour. Le traitement par la *suggestion* a permis aussi d'obtenir un certain nombre de résultats favorables (Voy. p. 153).

L'influence d'un milieu approprié, bien choisi, agit sur le buveur qui a quitté l'hospice bien plus sûrement que la suggestion post-hypnotique. La plupart des anciens buveurs, revenus au milieu de leurs compagnons de cabaret et de leurs camarades professionnels, oublient toutes leurs promesses et reprennent leurs premières habitudes. Il est donc utile de recommander très énergiquement aux alcooliques guéris de se faire enrôler dans une *société d'abstinence*. Il serait désirable aussi qu'on pût prendre des mesures de prévoyance contre le chômage des alcooliques à leur sortie de l'asile, car l'oisiveté constitue pour eux un danger immédiat de récidive.

Les pouvoirs publics devraient protéger par tous les moyens la lutte contre l'alcoolisme. Le *système de Gothembourg*, pratiqué à Gothembourg, en Suède, depuis 1865, a déjà fait ses preuves. D'après ce système, la vente en détail des boissons alcooliques est pratiquée par des sociétés dont les actionnaires ne tirent pour eux qu'une part minime des bénéfices, tandis que le principal des revenus est consacré à la fondation d'œuvres de bienfaisance. Les marchands en détail n'ont, par conséquent, aucun intérêt à pousser à la consommation de l'alcool, contrairement à ce que font généralement les cabaretiers

des autres pays. D'après le même système, la boisson obligatoire n'existe pas dans les restaurants et les hôtelleries. De même, il est défendu de vendre de l'alcool à des gens ivres et à des mineurs. Les dettes de cabaret ne peuvent faire l'objet d'aucune plainte. Le paiement des salaires ne doit pas s'effectuer la veille d'un jour férié. L'*option locale* est un système en vertu duquel les communes ont le droit d'autoriser ou non l'ouverture des cabarets sur leur territoire. En Amérique et en Norvège, on a obtenu par ce moyen des résultats autrement plus satisfaisants que par le *monopole de l'État*. Le remède le plus radical est la *prohibition*, la défense absolue de vendre des boissons spiritueuses. Cette loi est appliquée dans cinq États de l'Amérique du Nord. Un *impôt élevé sur l'alcool* n'est qu'un palliatif très passager. Il serait plus pratique, au contraire, de dégrever les substances qui servent à la préparation des boissons inoffensives, c'est-à-dire le café, le thé, le sucre et les fruits.

On doit, autant que possible, faciliter aux gens pauvres les moyens de se procurer des boissons saines, et tout d'abord une *eau irréprochable*. On devrait ensuite pouvoir se procurer à des prix abordables, et cela dans tous les endroits publics, y compris les gares de chemins de fer, du café, du lait, des eaux minérales. Il va de soi qu'en améliorant l'*hygiène générale*, et particulièrement en créant des *habitations saines et à bon marché* pour les travailleurs, on diminuerait d'autant les tentations du cabaret. De plus, on peut encore obtenir quelques résultats favorables en répandant l'*enseignement anti-alcoolique* à l'école, dans les familles, à la caserne. Une preuve que ces diverses mesures ne sont pas inutiles, c'est que, en Suède et en Norvège, 5 ou 6 p. 100 de la population totale appartiennent à des sociétés de tempérance.

Le *delirium tremens* nécessite avant tout du repos, de la surveillance et une bonne alimentation. Dans les cas d'excitation grave et dans les formes fébriles, on a recommandé l'usage des injections hypodermiques de morphine. Les insomnies peuvent être combattues soit par des *ablutions* et des lotions froides, soit par des médicaments tels que l'atropine à la dose de 0,001 en injections sous-cutanées; la paraldéhyde, l'hydrate d'amylène, la chloralamide. On a conseillé également la diurétine à la dose de 5 grammes dans 30 grammes d'eau. Contre l'excitation, on a employé

le drap mouillé; les bains chauds prolongés sont, sans doute, encore plus efficaces pour combattre cet accident. Autrefois, on considérait comme une vraie faute médicale le fait de ne pas administrer de l'alcool aux alcooliques atteints de fièvre ou de *delirium tremens*. Il est prouvé aujourd'hui qu'on peut se passer absolument de leur donner de l'alcool, à condition de remplacer ce dernier par le camphre, l'éther, la caféine ou le café, dans le cas d'affaiblissement du cœur qui, chez tous les alcooliques, a besoin d'être surveillé de près. Sur les délires par abstinence d'alcool, voy. p. 569. [Surtout, pas de camisole de force !]

Le repos, la surveillance et une bonne alimentation, tels sont encore les points essentiels du traitement des alcooliques atteints de la psychose hallucinatoire. Chez les alcooliques présentant un délire à forme systématisée, le travail régulier et surveillé constitue un des moyens thérapeutiques les plus efficaces.

[La *prophylaxie* de l'*alcoolisme infantile héréditaire* ou *acquis* est d'abord celle de l'alcoolisme en général. Elle consiste avant tout dans l'application de toutes les mesures législatives ayant pour but de diminuer la consommation des boissons alcooliques.

Pour nous, ces mesures essentielles sont : l'augmentation de l'impôt sur *toutes* les boissons alcooliques, y compris le vin, la bière et le cidre, et cela proportionnellement à leur degré de concentration ; l'interdiction de la fabrication, de la publication et de la vente des boissons et liqueurs contenant des essences dangereuses ; la suppression du privilège des bouilleurs de cru ; la répression *effective* de la fraude ; la réglementation des débits de boissons. C'est l'intervention seule de l'Etat qui peut aboutir à la réalisation de ces mesures générales dont dépend entièrement le succès définitif de la lutte contre l'alcoolisme en France. En attendant, le médecin peut beaucoup contre l'alcoolisme infantile en éclairant les parents par tous les moyens en son pouvoir (conseils directs, conférences, avis, imprimés) sur les causes de l'alcoolisme héréditaire et acquis de l'enfant, ainsi que sur les conséquences désastreuses de cet alcoolisme pour l'individu, la famille et la société. Pourquoi, par exemple, le médecin n'avertirait-il pas les jeunes mariés des graves conséquences du coït pendant l'ivresse de l'un ou des deux conjoints, puisqu'il est scientifiquement démontré aujourd'hui que, dans

un grand nombre de cas, c'est cette ivresse au moment de la conception qui est la cause déterminante de la naissance d'enfants porteurs de divers stigmates d'alcoolisme héréditaire? De même, il importe d'indiquer à la femme enceinte le régime qui lui convient en lui expliquant pourquoi elle doit s'abstenir de l'usage des liqueurs contenant des essences nuisibles et des boissons fortes. L'alcoolisme du nourrisson sera évité en lui procurant une nourrice sobre. Une mère alcoolique ne doit pas nourrir son enfant. Il faut imposer à la nourrice un régime d'où les boissons fortes soient absolument exclues. Ainsi, il nous paraît rationnel d'admettre, avec Vallin, qu'une nourrice doit se contenter, par jour, de : un demi-litre de vin pris au repas, un litre de lait pur ou coupé dans l'intervalle, de l'eau fraîche édulcorée avec un sirop de fruits, à discrétion.

A notre avis, il faut persuader les parents que leurs enfants doivent s'abstenir totalement des boissons alcooliques au moins jusqu'à dix ans ; entre dix et vingt ans, on peut leur permettre très peu de vin coupé d'eau ; après vingt ans, s'ils n'ont pas acquis d'habitudes de tempérance sérieuse, c'est qu'ils sont sous le coup d'une tendance héréditaire à l'alcoolisme qu'il faudra combattre par des mesures appropriées. Chez les enfants irritables, nerveux ou énervés, chez ceux dont le système nerveux est atteint (hystérie, épilepsie, chorée), l'abstinence totale des boissons alcooliques, quelles qu'elles soient, doit être la règle absolue de toute leur existence. De même, nous conseillons l'abstinence totale chez les enfants présentant un degré quelconque de déchéance intellectuelle : mauvaise mémoire, peu d'application au travail, difficulté de concentrer l'attention ou d'associer les idées. Dans la thérapeutique infantile, l'emploi des préparations alcooliques doit être évité autant que possible, afin de ne pas réveiller chez l'enfant une appétence inconsciente pour l'alcool.

En somme, l'éducation durant les premières années de la vie de l'enfant peut seule l'orienter vers la sobriété. Ce sont donc, avant tout, la mère, le père, la nourrice, les domestiques qui doivent être instruits sur le régime qui convient le mieux à l'enfant. Or, le médecin, la sage-femme, la garde-malade, le pharmacien sont, dans la plupart des familles, les guides autorisés dont on écoute les conseils quand il s'agit du régime alimentaire du bébé. Tant que ces guides entre les mains desquels se trouve la

santé publique ne seront pas intimement et activement convaincus de la nécessité de l'éducation anti-alcoolique de nos enfants, les résultats de la lutte contre l'alcoolisme seront maigres.

Ils le seront également si, à l'école, où la plupart des enfants du peuple entrent à l'âge de cinq ou six ans, l'instituteur ne leur expliquait pas de très bonne heure toutes les raisons pour lesquelles ils doivent s'abstenir d'alcool comme du feu. La lutte contre l'alcoolisme infantile doit commencer dès la naissance de l'enfant et se continuer jusqu'au moment où il deviendra un homme raisonnable. Aussi, partout où il passera : écoles, atelier, usine, armée, il faut qu'il entende la vérité sur les dangers de l'intoxication alcoolique et qu'il soit aidé à conformer sa propre vie à cette vérité. Les pouvoirs publics, de leur côté, ont, dans une certaine mesure, facilité ce travail d'instruction anti-alcoolique des enfants et jeunes gens : l'enseignement anti-alcoolique figure maintenant dans les programmes officiels des écoles primaires et secondaires ; des sociétés scolaires de tempérance sont autorisées à recruter des enfants qui promettent l'abstinence stricte d'alcools et de liqueurs contenant des essences dangereuses (1); des circulaires des ministres de la Guerre et de la Marine proscrivent l'usage des liqueurs malfaisantes. Mais tous ces programmes, toutes ces circulaires resteront lettre morte sans l'*éducation des premières années de l'enfant, éducation anti-alcoolique* donnée par les parents eux-mêmes, sous la direction éclairée des médecins, pharmaciens, sages-femmes et gardes-malades sincèrement convaincus de l'utilité de cette éducation.

Le *traitement proprement dit* des enfants frappés de diverses manifestations d'alcoolisme héréditaire n'est possible que dans un établissement spécial où l'abstinence doit être d'absolue rigueur. Toutes les névroses et psychoses, la débilité mentale, les tendances vicieuses et criminelles d'origine hérédo-alcoolique peuvent, dans certains cas, se modifier d'une façon heureuse par un traitement médico-pédagogique bien dirigé. Le succès du trai-

(1) Les principales sociétés de tempérance sont en France, comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, les suivantes : *Ligue nationale contre l'alcoolisme*, l'*Union française anti-alcoolique* et l'*Association de la jeunesse française tempérante*.

tement dépend du degré de la tare héréditaire dont l'enfant est victime, du degré de la dégénérescence présenté par l'enfant, de l'âge auquel l'éducation médico-pédagogique a commencé, de la durée de cette éducation. De sérieuses améliorations ont été obtenues en France par la méthode de Séguin. Cette méthode consiste à occuper le corps et l'esprit de l'enfant débile ou névropathe hérédo-alcoolique en lui donnant une instruction en rapport avec ses moyens intellectuels et en lui apprenant un métier (menuiserie, serrurerie, jardinage). Cette méthode convient également aux enfants atteints d'alcoolisme acquis, aigu ou chronique. Le maintien de ces enfants dans des établissements spéciaux doit être aussi prolongé que possible, si l'on veut en retirer un avantage réel et durable.]

[La question de l'*alcoolisme infantile* étant d'une importance capitale, à tous les points de vue, nous conseillons au lecteur de consulter les travaux suivants : Cohn, Delirium tremens, in Kindesalter (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1888, p. xxv, 1012, 1044). — Roubinovitch, L'alcoolisme et l'école (*C. R. du Congrès intern. contre l'alcoolisme tenu à Bruxelles en 1895*) — Joffroy, Alcool et alcoolisme, leçon clinique recueillie par Roubinovitch (*Gaz. des hôpit.*, 1895). — Moreau (de Tours), Alcoolisme chez les enfants (*Ann. méd.-psychol.* Paris, 1895, 8e s., p. 337-372). — Legrain, *Dégénérescence sociale et alcoolisme.* Paris, 1895. — Coulon, Alcoolisme chronique chez un enfant de six ans (*Médecine int.* Paris, 1895, p. 638-643). — Lancereaux, L'alcoolisme chez l'enfant (*Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1896, 3e s., p. 367-377). — Vallin, L'alcoolisme par l'allaitement (*Ibid.*, 1896, 3e s., t. XXXVI). — Baratier, L'alcool et l'enfant (*Tribune méd.*, 1896, 2e s., p. 808). — Rodiet, *Alcoolisme chez les enfants* (Thèse de Paris, 1897). — Perier, Alcoolisme infantile (*Ann. de méd. et de chir. infant.*, 1898). — Combe (de Lausanne), Alcoolisme de l'enfant (*Ibid.*, 1898). — Bourneville et Boyer, Alcoolisme de l'enfance. Instabilité mentale (*Arch. de neurol.*, 1899). — Millon, Note sur un cas d'ivresse manifeste chez un nourrisson de neuf mois (*Journ. de méd. de Paris*, 1899). — Ausset, Sur un cas d'alcoolisme aigu chez un nourrisson (*Écho méd. du Nord*, 1899). — Variot, Alcoolisme chez les enfants (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1899). — Paul Simon, Accoutumance des médicaments (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, août 1899). — Duhamel, *De l'alcoolisme chez les enfants* (Thèse de Paris, 1899). — Nicloux, *Élimination de l'alcool dans l'organisme* (Thèse de Paris, 1900). — Ladrague, *Alcoolisme et enfants* (Thèse de Paris, 1901). — Roubinovitch, Alcoolisme infantile ; revue générale (*Gaz. des hôpit.*, 1902, no 66).]

L'importance de la lutte contre l'alcoolisme ressort surtout de l'examen de la portée de ce dernier au double point de vue médico-légal et social.

L'alcoolisme au point de vue médico-légal et social.

Dans les développements qui précèdent, nous avons toujours eu en vue le buveur lui-même, considéré isolément. Mais l'importance capitale de l'alcoolisme est dans l'influence énorme qu'il exerce sur la famille et la société.

Déjà l'intoxication alcoolique aiguë, l'*ivresse*, constitue à elle seule un très grand danger public. Kraepelin a dressé une statistique se rapportant à une contrée de deux tiers d'un million d'habitants, tous gens de la campagne. Dans l'espace d'un an, 21 personnes ont succombé à une mort violente déterminée par l'ivresse ; 54 ont reçu des blessures graves, dont plusieurs mortelles, ayant pour cause initiale la même intoxication aiguë ; 44 autres ont commis divers délits sous l'influence de la même cause. Toutes les autres affections mentales prises ensemble pour le même district et le même laps de temps n'ont à leur actif que 13 conflits, dont 1 meurtre et 3 accidents. A Bâle, en une année, 34,7 p. 100 de tous les crimes ont été commis en état d'ivresse. Le fait suivant est à cet égard encore plus caractéristique : à Zurich, en 1891, sur 141 blessures, 61 ont été commises les dimanches et 23 les lundis, c'est-à-dire les deux jours où il se consomme le plus d'alcool. Du mercredi au vendredi, on ne compte que 9 blessures pour la même année. Les délits ou les crimes le plus habituellement commis par des buveurs sont : les outrages contre les agents de l'autorité publique, les injures, la rébellion, le pillage, l'attaque à main armée, la détérioration de monuments ou d'objets d'art publics, le viol, les menaces, les coups et les blessures. Les alcooliques chroniques les plus dangereux sont ceux qui sont atteints du délire de la jalousie ; ceux qui présentent la psychose hallucinatoire ou le délire à forme systématisée ne sont guère moins redoutables. La famille de l'alcoolique chronique est particulièrement exposée et menacée.

[S'il est avéré que, au moment de la perpétration de l'acte incriminé, l'inculpé présentait une affection mentale pro-

prement dite ou était sous l'empire d'une ivresse aiguë supprimant complètement la conscience de ses actes, l'article 64 du Code pénal peut recevoir chez nous son application.] Dans d'autres cas, un accès d'ivresse d'intensité moyenne ou l'alcoolisme chronique ne sont souvent considérés que comme des circonstances atténuantes. Cette manière de voir est peu pratique, car, grâce à elle, le buveur n'est ordinairement puni que d'une assez courte détention, après laquelle il est rendu à sa vie d'ivrognerie. Il serait à désirer que, à l'expiration de sa peine, l'alcoolique fût encore tenu de se soumettre à un traitement médical [dans un établissement approprié, et cela pendant un temps suffisamment prolongé].

Le Code civil allemand admet l'interdiction du buveur (Voy. art. 6, p. 164). Conformément à l'article 680 du Code pénal (p. 168), celle-ci est prononcée sur la demande des intéressés, par décision du tribunal, sans l'intervention du procureur général. Cette procédure est regrettable, parce qu'il en résulte que le soin de la demande est laissé aux proches parents, dans la pratique presque toujours à la femme de l'alcoolique, qui, bien souvent, n'ose pas faire cette démarche sous la pression des menaces de son mari. Néanmoins, la loi allemande donne presque toujours aux autorités administratives des communes, aux sociétés locales d'assistance publique, le droit de prendre l'initiative d'une demande d'interdiction dirigée contre un alcoolique. Les rapports d'experts et de médecins ne sont pas, dans ces cas, indispensables, mais seulement facultatifs. Une comparution personnelle de l'individu dont on demande l'interdiction n'est pas prescrite. Étant donnée la faiblesse de volonté du buveur, l'article 681 du Code civil allemand (p. 169), qui compte sur l'amendement spontané de l'alcoolique, est absolument illusoire, tant que le buveur n'est pas forcé d'entrer pour un certain temps dans un établissement spécial. Malheureusement, le nombre de ces établissements est encore trop restreint. Dans l'intérêt des familles qui souffrent des excès de buveurs, comme dans l'intérêt social, une urgente et complète application des règlements relatifs à l'interdiction des alcooliques est extrêmement désirable. Les alcooliques atteints de délires à forme chronique, ceux qui présentent une psychose hallucinatoire de longue durée, accompagnée de conceptions délirantes, doivent être également

interdits, conformément à l'article 6, cité plus haut.

[Dupré a réuni, dans son rapport présenté au Congrès des aliénistes et neurologistes tenu en 1902 à Grenoble, sur les *auto-accusateurs au point de vue médico-légal*, un grand nombre de faits démontrant la fréquence de l'auto-accusation chez les alcooliques.

Il rappelle cette phrase de Lasègue :

« Quand un homme vient dire qu'il a tué quelqu'un sans que cela soit vrai, il y a quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent pour que ce soit un alcoolique ».

On peut observer chez les alcooliques auto-accusateurs les variétés cliniques les plus grandes : intoxication aiguë (ivresses), intoxication chronique doublée ou non de dégénérescence mentale.

Dans deux observations personnelles, l'idée d'auto-accusation, jointe à celles de persécution, était née chez des dégénérés sous l'influence d'alcoolisme chronique très ancien.]

La consommation de l'alcool varie, pour chaque peuple, au point de vue de la nature et de la quantité des boissons. Les peuples romains sont généralement plus sobres que les Germains, les Celtes et les Slaves. Néanmoins, précisément en Italie, dans les classes les plus aisées de la société, la consommation des alcools concentrés est assez répandue. Les buveurs d'absinthe sont surtout nombreux en France ; cette boisson est extrêmement dangereuse, parce que l'huile d'absinthe se dissout facilement dans la lécithine et dans la cholestérine du système nerveux central et intoxique rapidement ce dernier. Dans le sud-ouest de l'Allemagne domine la consommation du vin ; dans le nord et l'est, celle de l'eau-de-vie, à tel point que les provinces de Brandeburg, de Posnie et de Silésie fournissent à elles seules la moitié de la production totale de l'eau-de-vie : notamment 1 771 412 hectolitres sur la quantité globale de 3 620 978 hectolitres produits en 1898. Or, les trois quarts de cet alcool servent à la consommation. La bière se consomme un peu partout ; elle règne surtout sur la rive droite de la Bavière Rhénane. La quantité de la consommation de bière s'élève en Allemagne aux chiffres suivants : en 1880 : $82^{lit},8$ de bière à 4° d'alcool par tête d'habitant ; en 1890, la consommation moyenne est montée à $105^{lit},8$ par tête, et en 1900 à 125 litres par tête. Le vin subit, au point de vue de sa consommation, de grandes oscillations

en plus ou en moins. Dans le Wurtemberg, la production de la bière s'est triplée depuis dix ans. A Munich, dans l'année 1889, on comptait par tête d'habitant, y compris les vieillards, les femmes et les enfants, 565 litres de bière (par an), soit donc 60 grammes d'alcool absolu par jour et par habitant. Actuellement, la moyenne de la consommation de la bière y est descendue à 400 litres par habitant et par an. Bien que la bière produise rarement le *delirium tremens*, il n'en est pas moins certain qu'elle expose le buveur à une dégénérescence mentale et à des troubles physiques tout aussi graves que celle et ceux produits par les autres formes d'alcool. Qu'on ne vienne pas dire surtout que la bière supplante en Allemagne l'eau-de-vie ; beaucoup de buveurs de bière mêlent souvent de l'eau-de-vie à cette boisson. Dans quelques contrées où se distillent des eaux-de-vie, on en est même arrivé à absorber de l'éther : en 1897, dans la ville et dans le district de Memel, 8700 litres d'éther ont été consommés; maints buveurs d'éther en ont absorbé jusqu'à un quart de litre en une seule fois.

Nous avons déjà parlé des effets nuisibles de l'alcool au point de vue de l'hygiène générale et individuelle. Disons encore qu'en Allemagne 1,3 p. 100 de tout le contingent des hôpitaux doit ses affections à l'alcool, tandis que les asiles d'aliénés hospitalisent, en moyenne, 5,6 p. 100 de malades atteints de délires alcooliques. Dans les asiles d'aliénés des villes, le chiffre d'admission des buveurs frappés d'affections mentales atteint jusqu'à 30 p. 100. Si l'on compte à part la section des hommes, la moyenne est encore plus élevée. [En France, la situation est aussi grave.]

Il faut remarquer la relation étroite qui existe entre l'alcoolisme et l'immoralité. D'un côté, nombre de femmes sont poussées par l'ivrognerie à la prostitution professionnelle ; le premier pas dans cette voie se fait souvent sous l'influence de l'alcool. D'autre part, les clients des prostituées sont, pour la plupart, des hommes déjà grisés par la boisson, et qui, dans l'euphorie alcoolique, négligent ordinairement toutes les précautions à prendre contre une infection sexuelle. A mentionner encore que dans beaucoup de pays la plupart des enfants illégitimes viennent au monde neuf mois après l'époque du carnaval, époque fertile en excès alcooliques et vénériens.

La statistique de la mortalité montre aussi les graves conséquences que l'alcoolisme entraîne au point de vue de la durée de l'existence humaine. La mortalité par l'alcoolisme et les maladies du foie consécutives est, chez les marchands de vins et les aubergistes, ainsi que chez leurs employés, trois ou quatre fois plus grande que dans les autres professions. La durée moyenne de la vie à Munich, calculée à l'âge de vingt ans, est pour les brasseurs de 22,33 d'années, pour le reste de la population de 41,49; cette durée, calculée à l'âge de trente ans, est pour les brasseurs de 16,37 d'années, et pour le reste de la population de 34,43. De précieux documents à l'appui de ces faits se trouvent dans les statistiques dressées par des compagnies d'assurances sur la vie qui établissent des tables spéciales de mortalité pour les abstinents, les tempérants et les buveurs. D'après les calculs de la compagnie d'assurances « Sceptre Life Association », il ne s'est produit, de 1884 à 1898, que 56,37 p. 100 cas de mort dans la classe des abstinents; au contraire, dans la classe générale, la mortalité est de 80,34 p. 100, soit de trois septièmes en plus.

L'importance de l'alcoolisme n'est pas moins grande quand on examine l'influence qu'il exerce sur la production de la misère. En Allemagne, dans l'année 1895, on a bu : de la bière, pour 1 575 millions de marcs; de l'eau-de-vie, pour 700 millions de marcs, soit, en tout, pour 2775 millions de marcs (3468,75 millions de francs). Or, la même année, pour les vivres les plus essentiels, tels que blé, farine, pommes de terre, on n'a dépensé en tout que 3 060 millions de marcs (3 825 millions de francs). La dépense pour l'alcool s'élève actuellement à plus de 3 milliards de marcs par an. Si le terrain exploité actuellement pour la production de la bière était cultivé avec du seigle, le revenu annuel de l'Allemagne en céréales s'élèverait d'un sixième. On dit bien que cette dépense en alcool fait vivre beaucoup de gens. C'est là une objection peu solide. Car, en économie sociale, il y a une différence capitale de valeur entre une dépense consacrée à des moyens essentiels d'existence, par exemple à la création des logements salubres, et la même dépense consacrée à des choses improductives, sans valeur durable. On voit très fréquemment les ouvriers dépenser le quart de leur salaire en spiritueux. Le mal que fait l'alcoolisme par lui-

même vient encore augmenter considérablement cette perte d'argent par d'autres dépenses indirectes, telles que les prisons, les hôpitaux, les asiles d'aliénés, les maisons d'éducation et de correction. Une grande partie de la force utile d'une collectivité se perd par la maladie, par le chômage, par l'encombrement des industries à demi oisives, comme celle de marchand de vins. A Berlin, en 1895, on a accordé une concession de cabaret par 129 habitants! [En France, on compte, hélas! un cabaret par 65 habitants!]

Il ressort de tout cela que l'alcoolisme présente un danger immense pour le bien public et qu'il est urgent de le combattre, non seulement dans l'intérêt de l'individu qui boit, mais dans celui de la société et de l'humanité tout entière. Il faut lutter contre l'alcoolisme avec la même vigueur qu'on déploie contre les épidémies et la criminalité. On a prétendu (Neumann) que l'alcool exerce dans l'organisme une action albuminipare utile. En supposant que ce fait soit exact dans les expériences de laboratoire de durée forcément courte, il ne contrebalance nullement les ravages que la consommation prolongée de l'alcool provoque dans l'organisme. Un poison, comme l'arsenic, administré par petites doses pendant un temps limité, peut avoir un effet favorable sur certains processus de la nutrition générale. Remarquons aussi que les exemples qu'on cite d'un Gœthe, d'un Bismarck, d'un Böcklin, qui, toute leur vie, ont consommé de l'alcool, ne contredisent en aucune façon ce fait, à savoir que, pour la masse, pour le bien-être et la santé des nations, la consommation de l'alcool offre les plus graves dangers.

Ce qui prouve qu'on peut, par des mesures sages et énergiques, atteindre un résultat favorable, c'est le recul que la consommation de l'alcool a fait en Norvège.

On y consommait par an et par tête de la population totale :

En 1830 [avant la campagne anti-alcoolique]	8	litres d'alcool absolu.
1843	5	—
1851	3,6	—
1871	2,65	—
1880	1,95	—
1890	1,56	—
1898 [après la campagne anti-alcoolique]	1,15	—

[On compte d'ailleurs actuellement en Norvège un cabaret par 2200 habitants.]

Voici, d'autre part, un tableau qui montre les conséquences bienfaisantes de cette diminution dans la consommation de l'alcool :

En 1896, sur un million d'habitants il y avait :	Dans les maisons de correction.	Dans les prisons.	Dans les dépôts de mendicité.
1° Dans les États de l'Amérique où l'alcool est prohibé................	3,9	2,4	10,2
2° Dans les autres États de l'Amérique où la prohibition n'existe pas encore.	7,5	3,7	12,9

De pareils résultats, qui ne représentent que les premiers débuts de mesures législatives, ne sont possibles que par l'intervention de l'État. En Allemagne, [comme en France], la lutte contre l'alcoolisme n'est, jusqu'à présent, que l'œuvre de l'initiative privée. Aussi, l'une des missions les plus urgentes des médecins modernes consiste à travailler de toutes leurs forces pour conjurer ce danger général.

Pour les alcooliques malades, pour les buveurs chroniques, l'abstinence est de toute première nécessité. Mais, dans son propre intérêt, tout individu devrait éviter de consommer de l'alcool sous n'importe quelle forme dans la première moitié de la journée ; il devrait aussi se tenir à l'écart de tout excès, et particulièrement de l'ivresse ; il devrait enfin renoncer à une consommation régulière, journalière d'alcool et, en tous cas, ne pas dépasser la quantité de 40 grammes d'alcool absolu par jour. Les jeunes gens devraient s'abstenir complètement de l'usage des boissons alcooliques jusqu'après l'âge de la puberté. Tout individu qui, connaissant les méfaits de l'alcoolisme, n'en tient pas compte dans sa conduite personnelle, commet une faute envers sa propre santé et envers la société.

B. — MORPHINISME

Étiologie. — C'est de l'année 1856 que date l'introduction dans la thérapeutique des injections hypodermiques

de la morphine. Dix ans après, on remarqua que des sujets, usant et abusant des doses de plus en plus grandes de ce remède, tombaient dans une déchéance physique et intellectuelle. Le nombre des cas s'accrut rapidement, à mesure que l'usage de ce médicament souverain contre la douleur se répandait et devenait malheureusement de plus en plus populaire. On se servait couramment de la morphine contre les douleurs de toute sorte : coliques, rhumatismes, névralgies, crises tabétiques; on l'utilisait aussi contre les troubles du sommeil, contre les dépressions de toute nature ; souvent même, ce remède était conseillé par des morphinomanes à des sujets sains qui se l'administraient par simple imitation. [En 1883, Levinstein décrit, sous le nom de *morphiumsucht* ou *morphinomanie*, l'état des individus qui se font d'une façon abusive des injections hypodermiques de morphine. L'intoxication qui en résulte entraîne, d'après Levinstein, outre la cachexie, des troubles psychiques allant parfois jusqu'à une véritable aliénation mentale. D'après certains symptômes et leur évolution, l'auteur établit une comparaison entre le morphinisme chronique et l'alcoolisme : dans les deux intoxications, le sujet présente souvent un état de profonde apathie que, seule, l'absorption de nouvelles doses du poison est capable de dissiper ; de même encore, dans les deux intoxications, il se produit plus rapidement une perversion totale des facultés intellectuelles et morales.

Depuis le mémoire de Levinstein, l'étude du morphinisme et de la morphinomanie est devenue classique. Signalons, parmi les travaux ayant contribué à élucider certains détails cliniques ou thérapeutiques du morphinisme, ceux de Obersteiner, d'Erlenmeyer, de Burkart, de Sollier, de Joffroy, d'Antheaume et Raoul Leroy.]

Au point de vue *psychique*, une légère dose de morphine semble d'abord rendre plus facile et plus actif le travail intellectuel; la pensée, les associations d'idées reçoivent une sorte de stimulation qui n'est que momentanée. Surviennent ensuite une diminution de la conception et de la faculté d'observation ; en outre, la psychomotilité se trouve entravée. En même temps se déclare un sentiment d'euphorie semblable à celle que provoque l'alcool. Quand on prend une dose un peu plus forte, il s'établit des effets consécutifs plus funestes qui sont : la

lassitude générale, un sentiment de pression à la tête, des vertiges, des sueurs. Certains sujets ne peuvent supporter les moindres doses de morphine. Après des quantités de 3 à 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine (dose maxima), ils présentent de grands malaises, des troubles digestifs, des vomissements, du myosis. Chez les enfants, 1 milligramme de morphine suffit pour déterminer une grave intoxication. Les adultes présentent des symptômes toxiques quand ils prennent, pour la première fois, de la morphine et qu'ils dépassent d'emblée la dose maxima. L'intoxication aiguë par la morphine produit : un profond sommeil pouvant aller jusqu'au coma, un ralentissement du pouls et de la respiration, un affaiblissement du cœur, un abaissement de la température. Les pupilles se rétrécissent et deviennent insensibles à la lumière ; une légère cyanose survient ; les réflexes tendineux s'affaiblissent. La mort peut survenir dans des convulsions ou dans le collapsus. Pourtant, quelques-uns des sujets ainsi intoxiqués peuvent se rétablir après un coma de plusieurs jours; ils sortent de là avec des maux de tête, des troubles digestifs, cardiaques et respiratoires.

Plus grave que cette intoxication aiguë est l'abus chronique de la morphine qui se produit dans des conditions déjà mentionnées plus haut et qui est absolument inévitable dès que l'individu commence à s'injecter le médicament lui-même. A noter que les sujets atteints de dégénérescence mentale, et plus spécialement les hystériques, sont particulièrement exposés au morphinisme et à la morphinomanie.

Symptomatologie et évolution du morphinisme. — Quand l'effet consécutif de lassitude et de malaise a remplacé l'euphorie morphinique, l'individu aspire de nouveau retrouver cet état de bien-être qui a disparu et essaie d'une seconde, puis d'une troisième injection hypodermique.

Pendant les premiers temps, pendant des jours et même des mois, le morphiniste se sent presque toujours stimulé dans le sens indiqué plus haut. [C'est la « lune de miel » du morphinisme.] Souvent, déjà après un certain nombre de jours, les intervalles entre les injections sont rapprochés et la dose est augmentée. Une fois sur cette pente irrésistible, il n'y a plus moyen de s'arrêter, et le morphiniste ne peut plus se sauver par ses propres forces.

Toutes ses pensées sont concentrées sur l'usage du remède. Son humeur oscille entre l'euphorie et l'inquiétude anxieuse. Le malade est abattu, hébété; il éprouve des crises d'angoisse. Tout ce qui l'intéressait jadis le laisse maintenant indifférent. Pour se procurer de la morphine, il ne reculera devant aucun moyen, si illicite qu'il soit. Mensonges, tromperies, dissimulation sont des moyens ordinaires. Les malades falsifient les ordonnances, mendient de l'argent, en dérobent même, vendent et engagent des meubles. On a vu des femmes morphinistes se prostituer pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat du médicament. Malheureusement, malgré les prescriptions légales, d'après lesquelles la morphine ne peut, dans les pharmacies, se délivrer que sur ordonnance médicale, il arrive encore trop souvent qu'on s'en procure par ruse, particulièrement en s'en faisant expédier de l'étranger, sous une fausse déclaration.

Les facultés d'aperception, la mémoire, l'association des idées sont altérées. L'intelligence s'amoindrit et finit par descendre au même degré très faible où se trouve déjà la vie affective et la vie morale. Le sommeil devient de plus en plus défectueux. Il survient des paresthésies, des hyperesthésies, des douleurs vésicales. Des hallucinations élémentaires, comme les bourdonnements d'oreilles, les scintillements d'éclairs, peuvent également se manifester. Les réflexes sont souvent exagérés; parfois ils sont abolis. Les mouvements deviennent incertains. La langue et les mains tremblent. Du côté des bras et des jambes, on peut trouver des phénomènes parétiques et ataxiques.

La sécrétion de la salive cesse. De grandes transpirations surviennent. Pourtant, la peau est la plupart du temps sèche. Elle présente souvent, comme le bras représenté par la planche XXIV, des centaines de cicatrices qui sont autant de marques indiquant de nombreuses injections. Comme les seringues et les aiguilles ne sont pas toujours tenues aseptiquement, il en résulte souvent de petits abcès et des furoncles.

[On peut observer aussi chez les morphiniques de la *fièvre*, et Pichon, Levinstein ont décrit des cas dans lesquels il se produit à la suite de l'injection une hyperthermie pouvant atteindre jusqu'à 39°. S'agit-il d'une fièvre vraiment morphinique, ou faut-il voir, dans cette élévation de

Planche XXIV. — Bras d'un morphinomane. Nombreuses cicatrices consécutives aux injections hypodermiques.

la température, l'effet d'une infection locale à la suite d'une piqûre faite sans précautions antiseptiques? Les recherches de Joffroy et Serveaux sur les animaux constatent que la morphine abaisse la tempé ature. Cette hypothermie a été constante dans toutes leurs expériences, quelle que soit la dose injectée et quel que soit le mode d'introduction de l'alcaloïde dans l'organisme des animaux en expérience. Aussi, ces auteurs attribuent-ils la cause des accidents fébriles observés parfois chez les individus intoxiqués, soit à une infection secondaire d'origine extérieure, soit à une auto-intoxication gastro-intestinale.]

L'appétit est mauvais. Des vomissements sont fréquents. La constipation est la règle. La nutrition générale est fortement altérée. Peu à peu le malade devient impuissant.

L'activité du cœur s'affaiblit; le pouls devient petit, irrégulier, lent. La respiration est plus superficielle.

Il n'est pas rare d'observer à la période avancée du morphinisme des accès d'excitation avec hallucinations, accès qui rappellent le *delirium tremens* par les signes suivants : prostration, orientation défectueuse, confusion mentale, hallucinations visuelles et auditives. Le malade aperçoit dans son délire des petits animaux; il trie des flocons de laine; par moments, il a des crises de vive anxiété et d'inquiétude. A la période de la déchéance physique et intellectuelle la plus profonde, la mort survient quelquefois par suicide, quelquefois aussi par suite de l'administration d'une dose exagérée du poison. D'autres fois, le morphiniste peut succomber à la suite d'inflammations qui se développent au point d'injection.

Mais, avant que cette terminaison fatale survienne, il peut s'écouler dix à vingt ans. Pendant cette longue période, la dose de morphine augmente progressivement et sans cesse. Il n'est pas rare qu'elle soit, à un moment donné, de 1 à 2 grammes par jour. On a déjà observé des cas où la dose journalière atteignait 12 grammes et même davantage. Le plus souvent, dans plus de la moitié des cas, ce sont des médecins, des pharmaciens, des dentistes, des droguistes qui, pouvant facilement se procurer de la morphine, deviennent la proie du morphinisme. Les



femmes de ces malheureux y succombent à leur tour. En raison du prix élevé du médicament, ce sont des gens aisés qui en sont habituellement les victimes. L'âge moyen de la vie est celui où l'on observe le plus souvent cette intoxication. Il n'est pas rare de voir les morphinistes recourir encore peu à peu à d'autres moyens sur lesquels nous reviendrons plus tard, de même que nous aurons à parler des effets résultant de la suppression de la morphine.

[Les *fumeurs d'opium*, qui deviennent nombreux en France, ont en général la figure d'une pâleur mate et maladive; leurs yeux sont caves, entourés d'un cercle bleuâtre, les pupilles sont dilatées, le regard a l'expression d'hébétude souriante, vague et gaie en même temps; la parole est embarrassée, souvent tremblotante; les membres sont faibles; la marche est lente et les mouvements incertains, comme ceux d'un homme ivre.

A la longue, il se produit chez le fumeur d'opium une véritable désorganisation physique, morale et intellectuelle comparable à celle que nous venons de décrire chez le morphinisé chronique.]

Diagnostic. — Le diagnostic est facile surtout en raison des renseignements sur les antécédents du sujet. D'autre part, l'usage de la morphine une fois reconnu, l'analyse de l'urine peut fixer le diagnostic. Dans des cas douteux, le diagnostic peut se confirmer après un internement de plusieurs jours pendant lesquels l'abstinence de la morphine est absolue ; s'il y a morphinisme, l'abstinence elle-même fera éclater les symptômes. De plus, il est important d'examiner l'état de la peau, surtout celle des bras, de la poitrine, du ventre, des cuisses, car on pourra constater là les effets d'injections hypodermiques, notamment des cicatrices ou des abcès. Il faut toujours s'assurer s'il n'y a point d'autres poisons qui aient été employés en même temps que la morphine ; les plus fréquents en pareil cas sont : la cocaïne, le chloral, l'alcool. Il importe de s'assurer aussi s'il n'existe pas chez le sujet quelque autre affection nerveuse.

Au point de vue de l'**anatomie pathologique**, on n'a encore fait aucune constatation certaine dans le cerveau. Le muscle du cœur subit souvent la dégénérescence graisseuse. Il n'est pas rare aussi de trouver chez les morphinisés de l'artériosclérose.

Le **pronostic** est favorable. La suppression véritablement spontanée n'est guère possible. On ne peut réaliser cette suppression que dans les maisons de santé, et tout à fait exceptionnellement dans la famille. Cette suppression, à la vérité, n'est que trop souvent suivie de récidives. On a vu quelquefois des malades arrivés au terme de la suppression finir quand même par le suicide.

Traitement. — La *prophylaxie* est tout entière entre les mains des médecins. Chacun d'eux devrait se faire une loi de ne prescrire de la morphine que dans les affections progressivement et totalement mortelles. L'emploi de ce médicament dans l'hystérie et la neurasthénie, et surtout l abandon de la seringue entre les mains des malades atteints de ces affections doivent être considérés comme une faute professionnelle. Les dispositions légales sur la vente de la morphine méritent d'être plus sévèrement appliquées. [Les autorités administratives feront bien d'ouvrir l'œil sur les « fumeries d'opium » qui existeraient en France en grand nombre, à Paris et ailleurs.]

Le morphiniste ne pourra être délivré de sa passion qu'à la condition d'être l'objet de la plus stricte surveillance, exercée de préférence dans un établissement spécial. Il faut user de la plus grande prudence dans le choix de la maison de santé pour le traitement du morphinisme, car on a vu des malades qui, après six mois de traitement, non seulement n'étaient pas guéris, mais avaient contracté, en outre, l'habitude de la cocaïne ! La suppression réussit mieux dans un établissement fermé. Il faut avoir grand soin de s'assurer qu'à l'entrée du malade dans la maison il ne s'y introduit pas de la morphine en contrebande, car la plupart des sujets s'efforcent d'apporter avec eux une certaine provision du poison et de s'en procurer plus tard de nouvelles quantités par des mensonges ou par des tentatives de corruption sur les employés de l'asile. La guérison ne s'obtient que si le sujet a une assez bonne constitution générale, et le traitement sérieux n'est pas sans causer bien des inquiétudes.

Dès que la morphine est supprimée ou réduite à une dose très faible, les *symptômes d'abstinence* apparaissent. Ce sont : l'angoisse, l'agitation, l'irritabilité, l'insomnie, les paresthésies, les névralgies, les éternuements, les bâillements, les nausées, la soif, la faiblesse du cœur, la dilatation des pupilles, les tremblements divers et même les

troubles de la parole. Parfois, on a observé des convulsions hystériques, de même que des accidents rappelant le *delirium tremens*. Quelquefois il y a même une véritable menace de collapsus. Les malades réclament instamment la morphine et ils expriment des idées de suicide.

[L'intensité des *symptômes d'abstinence* varie naturellement selon que la suppression de la morphine est progressive, graduelle ou, au contraire, brusque et complète.

En cas de suppression brusque et complète, on voit apparaître, au bout de quelques heures, un sentiment de grande fatigue et de faiblesse. Le sujet est dans l'impossibilité de se tenir sur ses jambes. D'abondantes sueurs le baignent pendant que tout son corps est secoué par un tremblement général. Parfois, se montrent des troubles gastro-intestinaux graves : douleurs gastralgiques et abdominales très violentes, vomissements, diarrhées très abondantes rappelant la dysenterie ou le choléra. Le malade se lamente, s'agite, quelquefois délire, accuse des hallucinations visuelles, surtout si l'abstinence porte non seulement sur la morphine, mais aussi sur la cocaïne. Les troubles intellectuels peuvent quelquefois prendre l'intensité d'un grand accès de manie avec hallucinations, impulsions à l'homicide ou au suicide (Levinstein, Pichon).

Dans certains cas, l'affaiblissement résultant de la suppression brusque de la morphine envahit le cœur et les organes respiratoires ; des syncopes peuvent se produire et le malade peut tomber dans le collapsus plus ou moins prolongé. Des complications convulsives survenant consécutivement à la suppression brusque de la morphine ont été signalées par Garnier, Voisin.

Une injection de morphine fait disparaître toutes ces manifestations graves, à la condition d'être pratiquée à temps.

Dans la cessation graduelle de la morphine, l'*état de besoin* est beaucoup moins violent. Le sujet manifeste sa faim de l'alcaloïde par des bâillements, par une certaine inquiétude générale, du malaise, de l'inappétence avec nausées et même parfois avec vomissements et diarrhée; il se plaint de froid intérieur; il a des névralgies; la vue et l'ouïe sont quelquefois hyperesthésiées, d'où résultent chez quelques sujets des phosphènes et des bourdonne-

ments. L'inquiétude générale peut créer un état de dépression, mais qui n'atteint jamais la gravité des accidents qu'on observe dans la suppression brusque.]

Il est nécessaire de surveiller le cœur et, selon les cas, on emploiera le camphre, l'éther, la caféine, les sinapismes et d'autres stimulants. Contre l'excitation se recommandent les bains tièdes et les enveloppements humides. L'insomnie sera combattue par le trional, la paraldéhyde, la chloralamide. On se servira aussi d'autres calmants comme les bromures, la quinine. Les fonctions gastriques et intestinales réclament la plus grande attention. Une alimentation fortifiante est essentielle. Le manque d'appétit du morphiniste peut être combattu par des moyens psychiques. Hitzig a conseillé aussi des lavages de l'estomac pour chasser les traces de morphine restées dans cet organe. L'emploi du chloral, de l'opium ou même de la cocaïne pour adoucir les souffrances de l'abstinence est extrêmement délicat.

Tous ces symptômes ne doivent pas empêcher de poursuivre le traitement jusqu'au bout. On ne doit interrompre la cure que lorsque la vie du malade est en danger par suite de la faiblesse du cœur ou d'affections internes intercurrentes. Mais l'intensité du traitement doit se régler d'après la quantité de morphine que le malade avait l'habitude d'absorber et aussi d'après l'état physique du sujet. Chez des individus robustes qui ne prennent pas au delà de $0^{gr},30$ de morphine par jour, on peut procéder par la *suppression brusque* de la morphine, mais en tenant le plus grand compte de l'affection douloureuse qui a pu être l'occasion de l'usage de cette substance. Chez des sujets robustes qui prennent des quantités plus grandes, mais qui n'ont pas d'autres complications somatiques, on pourra procéder par la *suppression rapide*. Dans cette méthode, on réduit immédiatement la quantité habituelle de la morphine à la moitié, puis on diminue la dose successivement, d'après un plan arrêté d'avance. Dans le cas de trois injections en un jour, on réduira d'abord celle de midi, puis celle du soir, d'une certaine quantité, et ainsi de suite jusqu'à ce que le malade soit, après une semaine ou deux, complètement sevré de la morphine. Parfois on donne encore dans les derniers jours une injection fictive sous forme d'eau distillée. Chez les individus délicats et chétifs, il y a lieu d'employer la méthode de la *suppression lente*, qui peut durer

de trois à six semaines, et cela encore d'après un plan de traitement dressé d'avance. Ici les symptômes d'abstinence sont moins intenses, mais pourtant ils ne sont pas à négliger; il faut s'en occuper.

Une fois que le malade est sevré de la morphine, il est indispensable de le surveiller encore pendant un certain temps, autant que possible pendant plusieurs mois. On relèvera pendant ce temps sa nutrition générale et l'on cherchera à l'occuper. Pour contrôler l'absence réelle de récidive, le plus sûr moyen consisterait à soumettre plus tard le sujet à un internement d'épreuve de plusieurs jours, pendant lesquels, si l'individu a repris de la morphine, les divers accidents de l'abstinence réapparaîtraient nécessairement.

Contre l'intoxication aiguë par la morphine se recommandent : le lavage de l'estomac, la respiration artificielle, une injection de sulfate d'atropine à la dose de $0^{gr},001$ ou d'apomorphine à la dose de $0^{gr},01$; les divers stimulants du cœur.

Médecine légale. — Les morphinistes peuvent commettre divers délits : dépositions mensongères, falsifications d'ordonnances, vols, escroquerie. Chaque cas nécessite d'ailleurs un examen individuel pour s'assurer du degré de l'altération intellectuelle produite par le morphinisme ; presque toujours on est amené à accorder aux vrais morphinomanes le bénéfice des circonstances atténuantes.

C. — COCAÏNISME

[Le *cocaïnisme* résulte de l'intoxication par l'alcaloïde extrait des feuilles de l'*Erythroxylum coca*, arbrisseau cultivé principalement au Pérou et en Bolivie. C'est Niemann (de Vienne) qui l'a extrait le premier, en 1859.

Cette intoxication est le résultat de son usage imprudent. Des accidents plus ou moins graves, les uns aigus, les autres chroniques, ont été décrits par Falk, Mattison, Delbosc. Il arrive pour la cocaïne ce qu'on constate journellement pour la morphine : le médecin prescrit accidentellement l'usage de la cocaïne sous une forme quelconque ; le malade en renouvelle de lui-même l'emploi et finit par ne plus pouvoir s'en passer. Le cocaïnisme et la cocaïnomanie se trouvent ainsi constitués. Comme nous l'avons dit à propos du morphinisme, ce sont généralement les

sujets intoxiqués par la morphine qui emploient la cocaïne pour insensibiliser la région destinée à être piquée. Les mêmes auteurs qui ont étudié le morphinisme ont observé en même temps le cocaïnisme ; tels sont Erlenmeyer, Mattison, Ball, Magnan, Chambard.]

Depuis qu'en 1884 on a employé la cocaïne comme anesthésique local, certains sujets se sont habitués à ce médicament en l'employant trop fréquemment. Mais la cocaïne se répandit surtout parmi les morphinomanes, dans le traitement desquels on s'en était passagèrement servi. Des sujets atteints de dégénérescence mentale s'en sont aussi servi comme moyen de provoquer une euphorie. On connaît déjà depuis longtemps au Pérou l'intoxication chronique par les feuilles de coca.

Une dose unique produit d'abord une excitation motrice, puis de la faiblesse musculaire générale, de l'euphorie, un sentiment de chaleur et de la tachycardie. [L'*intoxication aiguë* par la cocaïne, ou le *cocaïnisme aigu*, consiste dans les phénomènes suivants : excitation générale avec besoin de remuer, de s'agiter, de se livrer parfois à des actes plus ou moins violents, de parler sans cesse ; le malade a des fourmillements dans les extrémités et des tintements d'oreille.] A la courte ivresse succèdent : l'abattement, la fatigue, une diminution dans les fonctions intellectuelles. De grandes doses isolées peuvent provoquer le délire et le collapsus.

Les accidents consécutifs de cette intoxication intermittente peuvent conduire à un usage chronique ultérieur de la cocaïne qui détermine une excitation permanente, la fuite des idées, la volubilité de la parole, l'affaiblissement de la mémoire, la fatigue générale, l'anéantissement de la volonté et l'impossibilité de tout effort intellectuel suivi.

[Dans le *cocaïnisme chronique*, la cocaïne détermine au début une action stimulante sur le système nerveux : le sujet éprouve un véritable besoin d'activité musculaire et intellectuelle. Mais, à la longue, cet état d'agréable excitation cède la place à une agitation permanente accompagnée d'un grand nombre de troubles sensitifs et psychiques. Le malade éprouve continuellement des fourmillements, des démangeaisons, des picotements, et cela surtout au niveau des extrémités. Parfois, il lui semble qu'il a sous la peau des insectes qui essaient de se frayer un passage et dont il

veut faciliter la sortie en se piquant avec des épingles. Très souvent, il éprouve des crampes et des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Certaines régions du corps sont frappées d'anesthésie superficielle ou profonde.

A ces troubles de la sensibilité générale viennent s'ajouter ceux de la sensibilité spéciale.

Le sens de la vue est souvent atteint le premier; outre l'affaiblissement de l'acuité *visuelle*, le malade accuse souvent des *illusions* et des *hallucinations*. Les illusions portent sur la forme, la couleur, la nature des objets placés devant lui. Les hallucinations sont parfois zoopsiques, mais le plus souvent il s'agit de fantômes bizarres qui s'agitent devant le patient.

L'*ouïe* est quelquefois compromise aussi par des *illusions* et des *hallucinations :* bourdonnements, sifflements, cris inarticulés, paroles.

On a signalé des troubles du *sens musculaire :* le malade se sent soulevé, transporté, balancé ou précipité.

Des *troubles psychiques* apparaissent lorsque le cocaïnomane accepte les hallucinations et les interprète dans le sens pathologique : il devient alors un hypocondriaque ou un persécuté d'origine toxi-hallucinatoire.]

Les malades entreprennent toutes sortes de choses sans pouvoir les exécuter ; ils écrivent des lettres pleines d'attendrissement et de détails inutiles ; ils sont incapables de toute occupation régulière et déchoient rapidement au point de vue social. Bientôt leur humeur flotte entre l'euphorie, le mécontentement et l'inquiétude. Ils restent tout à fait indifférents à ce qui les intéressait autrefois ; ils perdent bientôt leur sensibilité éthique et esthétique.

Dans leur *état physique*, on note l'absence de sommeil, l'amaigrissement rapide, la tachycardie dépassant souvent 150 battements par minute, la faiblesse du cœur, des vertiges, du tremblement, de l'agitation et du clonus de quelques muscles, de l'embarras de la parole, des paresthésies, de la mydriase, de l'exagération des réflexes cutané et tendineux.

Au point de vue de la quantité de cocaïne prise par jour, on a signalé des cas où la consommation allait jusqu'à 4 grammes par jour. Presque toujours les sujets arrivés à cette période avancée du cocaïnisme ont recours

simultanément à toutes sortes d'autres médicaments, comme le chloral et l'hyoscine, pour combattre l'insomnie de plus en plus rebelle.

A la même période de cette intoxication apparaissent de graves symptômes psychiques, parmi lesquels nous citerons la *psychose hallucinatoire cocaïnique*. Les *troubles sensoriels d'ordre tactile* très caractéristiques de cette psychose sont interprétés d'une manière délirante. Ces troubles sont de toutes sortes : démangeaisons et chatouillements à la peau, qui semblent aux malades produits « par de la vermine, par des piqûres d'épingles, par des rayons électriques ». Ils disent avoir sous la peau des corps étrangers, des balles, des grains, des cristaux, de la poussière. Les *hallucinations visuelles* abondent aussi : les malades voient les objets rapetissés ou agrandis ou d'une autre couleur ; ils aperçoivent surtout de petits objets qui grouillent, des animaux de toutes sortes, des poux, des mites, des bacilles, puis aussi des apparitions effrayantes, comme des cadavres disséqués, par exemple. En outre, ils entendent des *voix*, des insultes, des menaces, des accusations. On trouve aussi des cas dans lesquels on constate le phénomène de l'« écho de la pensée ».

Dans son délire, le sujet rattache ces troubles sensoriels à des persécutions de toutes sortes. Même ses souffrances physiques sont expliquées par lui comme étant l'œuvre de ses ennemis. Partout on le guette, on espionne tout ce qu'il pense, tout ce qu'il fait. On lui tire des coups de feu dans l'obscurité ; il se plaint, réclame la protection de la police, porte des armes sur lui, s'enfuit hors de chez lui pour chercher un abri. Assez souvent, les cocaïnistes commettent un meurtre ou se suicident. Le *délire de la jalousie* est particulièrement fréquent chez eux. Le malade surveille sa femme, lui adresse les reproches les plus grossiers, l'accuse de l'avoir déjà trompé lors des fiançailles, d'avoir des relations avec tous les hommes de la ville. Toutes les circonstances extérieures, tous les souvenirs sont interprétés par lui d'une manière hostile. Souvent il menace de tuer sa femme.

D'ordinaire, la compréhension et l'orientation sont parfaites, malgré tous ces troubles intellectuels. Les objections et les raisonnements sont tout à fait inutiles : au lieu de se laisser persuader, le malade cherche, au contraire, à prouver, à justifier, à imposer ses idées déli-

rantes. Il lui arrive plus rarement de dissimuler quelque chose. Quelquefois se produisent, d'après certains auteurs, des états de stupeur.

Cette *psychose hallucinatoire cocaïnique* évolue en quelques semaines. La suppression de la cocaïne fait disparaître rapidement les troubles sensoriels. Les conceptions délirantes ne disparaissent qu'après plusieurs mois. Les troubles physiques et l'affaiblissement intellectuel persistent encore pendant bien plus longtemps.

Diagnostic. — La *psychose hallucinatoire* et le *délire de la jalousie des cocaïnistes* doivent être différenciés des *psychoses alcooliques*, qui se développent avec bien moins de rapidité. Les *hallucinations tactiles et visuelles* du cocaïniste sont presque pathognomoniques. Souvent, le cocaïnisme s'associe avec l'alcoolisme, mais le plus souvent avec le morphinisme.

Pronostic. — Les troubles aigus d'ordre psychique disparaissent quand on supprime la cocaïne, mais la dégénérescence physique et intellectuelle produite par le cocaïnisme subsiste longtemps, ce qui est d'ailleurs la cause la plus grave des récidives.

Traitement. — Une surveillance sévère de la vente de la cocaïne est une mesure *prophylactique* de premier ordre. L'application médicale de ce médicament ne doit être autorisée que dans le but d'une anesthésie locale. Kraepelin demande qu'on considère comme délictueux au point de vue professionnel l'emploi du remède dans tout autre but. Le même demande qu'on interdise l'exercice de la médecine aux médecins cocaïnomanes et morphinomanes.

La suppression de la cocaïne ne produit pas d'aussi graves accidents d'abstinence que celle de la morphine. Il s'ensuit que, dans le traitement du cocaïnisme, il y a lieu de recommander la suppression brusque ou, du moins, rapide du poison. [Point important en pratique : tandis que la suppression brusque de la morphine est pleine de dangers, celle de la cocaïne n'offre pas généralement de grands inconvénients ; les malades supportent cette suppression brusque et totale de la cocaïne sans risquer de tomber dans le collapsus. Cette règle n'est cependant pas absolue : il y a des cas où les phénomènes d'abstinence de cocaïne sont assez menaçants pour recourir à la méthode de la suppression progressive plus ou moins rapide.

Les règles générales de traitement et les moyens adjuvants que nous avons indiqués à propos du morphinisme s'appliquent également au cocaïnisme ; nous engageons donc le lecteur à se reporter à cette partie du chapitre précédent.]

Dans la conduite de cette cure, une surveillance stricte du malade est également nécessaire. Il faut tenir grand compte de l'activité du cœur, parce que, outre l'insomnie et l'inquiétude, il peut survenir des troubles respiratoires, de la faiblesse cardiaque et du collapsus. Une maison de santé fermée offre plus de garanties pour la guérison que les établissements ouverts.

Médecine légale. — La dégénérescence morale du cocaïniste conduit souvent ce dernier à commettre des actes de violence, à faire des fausses dépositions et à formuler des plaintes non justifiées près des tribunaux. [En tant que ces actes sont imputables à la véritable psychose cocaïnique, l'article 64 de notre Code pénal peut recevoir son application.] Pour les cas plus douteux, le bénéfice des circonstances atténuantes peut quelquefois être accordé. Il serait à désirer que les cocaïnistes, comme les morphinistes et les alcooliques qui entrent en conflit avec la loi, soient obligés, par une décision du tribunal, de se soumettre, après l'expiration de la peine, à un traitement supplémentaire de leur affection. De même, il est à souhaiter que, dans l'intérêt de la Société, on puisse prononcer l'*interdiction* des ivrognes, des éthéromanes, des morphinomanes et des cocaïnomanes.

FIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

TABLE DES PLANCHES

ET DES FIGURES HORS TEXTE

FIN DE LA TABLE DES PLANCHES.

TABLE DES MATIÈRES

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.



6546-03. — CORBEIL. Imprimerie ÉD. CRÉTÉ.

